Aus dem Pathologischen Institut zu Göttingen
Direktor: Prof. Dr. Gg. B. Gruber

Das Ulcus pepticum

zu Oschersleben/Bode

in den Jahren 1937 und 1938

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität
zu Göttingen

vorgelegt
am 24. April 1939

von

Herbert-Karl Drees

aus Wanne-Eickel

GÖTTINGEN 1940

BUCHDRUCKEREI FERDINAND PIEPER / WEENDE-GÖTTINGEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154001_0376

Das Ulcus pepticum ist ein häufig vorkommendes Leiden und dürfte von allen Erkrankungen des Magen-Darmkanals auch zugleich die wichtigste sein. Es tritt vorwiegend bei Menschen im jugendlichen und auch mittleren Alter auf und zeichnet sich durch gehäuftes Vorkommen bei männlichen Individuen aus.

Die ersten Beschreibungen des Magengeschwürs stammen schon aus dem Ende des 16. Jahrhunderts und sind von Marcellus Donatus von Mantua angegeben worden. In den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts hat Cruveilhier genauere Angaben über die Eigenart der Erkrankung gemacht, die auch heute noch maßgebende Bedeutung haben.

Wenn nun die Häufigkeit der Geschwürsbildung im Magen-Darmkanal besonders in den letzten Jahrzehnten zahlenmäßig zugenommen hat, so liegt der Grund hierfür nicht nur allein in einer tatsächlichen Zunahme der Ulcuserkrankung sondern auch in dem Ausbau und der Verfeinerung unserer diagnostischen Hilfsmittel. Die wichtigsten Untersuchungsmethoden wie die Röntgenuntersuchungen des Magens und der exakte Nachweis von Sekretionsanomalien sowie das besonders im letzten Jahrzehnt ausgebaute Verfahren der Gastroskopie und Gastrophotographie haben klarere Erkenntnisse und genauere Ergebnisse dieses Krankheitsgeschehens gezeitigt. Die älteren Statistiken über die Häufigkeit des Ulcus pepticum sind deshalb weitaus überholt. Die systematische Untersuchung des Magens und Duodenums auf Geschwürsbildung oder Zeichen überstandener peptischer Affektionen bei allen Sektionsfällen brachte bei Hart Werte von 10,9 % und in jüngerer Zeit bei Lehmann sogar 20,2 %. Wenn man diese Zahlen zugrunde legt, so ist die Kennzeichnung des Ulcus pepticum als häufiges Leiden unbedingt gerechtfertigt.

Unsere heutigen Anschauungen über die Ätiologie der Geschwürsbildung im Bereich des Magens und des Zwölffingerdarms sind auf einem gewissen Stand angekommen, der durch die Benennung „peptische Geschwüre" gekennzeichnet ist. Alle diese Geschwüre liegen also, soweit sie nicht infektiöser Natur sind, im Bereich der peptischen Verdauung, aber mit einer Ausnahme und zwar des Ulcus rotundum im Meckel'schen Divertikel. Wir nehmen an, daß durch die Selbstverdauung der Schleimhaut und der tiefer liegenden Schichten ein Substanzverlust gesetzt wird, der zur Ulceration führt.

Oft ist schon die Frage aufgeworfen, warum der Magen sich nicht selbst verdaut, zumal die Magenschleimhaut unmittelbar nach dem Tode meist der postmortalen Gastromalazie anheimfällt, die zunächst die Schleimhaut, dann die ganze Magenwand zerstören kann, sodaß der Mageninhalt austritt. Die Erklärung ist wohl hauptsächlich darin zu finden, daß in der Magenschleimhaut ein die Wirkung des Pepsins aufhebendes Antiferment gebildet wird und somit den lebenden Zellen einen natürlichen Schutz verleiht. Wenn also lebendes Gewebe nicht durch die peptische Verdauung zerstört wird, so müssen bestimmte Schädigungen der Magenschleimhaut vorausgegangen sein, die eine Einwirkung des verdauenden Magensaftes fördern. Die Betrachtungen, die hierüber angestellt sind, sind mannigfacher Art, jedoch geben alle Theorien eine voll befriedigende Erklärung bislang noch nicht.

Zunächst werden mechanische Einflüsse und thermische Schädigungen z. B. durch heiße Speisen als ursächliches Moment der Geschwürsentstehung angeführt. Tatsächlich liegen auch die Magengeschwüre vorwiegend in den Partien (physiologische Engen des Magens!), die mechanischen und damit auch thermischen Einflüssen besonders stark ausgesetzt sind. So ist der typische Sitz des Magenulcus die kleine Kurvatur, die Magenstraße. Sie zeichnet sich auch zugleich durch eine histologische Eigenart aus im Vergleich zu anderen Magenpartien. Abgesehen von der Längsrichtung der Schleimhautfalten soll die Mucosa dort straffer ihrer Unterlage aufliegen und damit einen Grund zu schlechteren Ausheilungsbedingungen abgeben (Aschhoff). Man kann daher die Bedeutung der mechanischen Reibung durch die Ingesta, die gewiß kleine Schleimhautläsionen setzt und deren Heilung verzögert sowie die starken Gefäßeinwirkungen durch thermischen Reiz nicht ganz ablehnen, muß aber demgegenüber feststellen, daß z. B. Schleimhautwunden, wie sie bei Magenoperationen entstehen, nicht zu Geschwürsbildungen führen, bei vorausgesetzter einwandfreier Technik, obwohl fortgesetzt Magensaft mit diesen Geweben in Berührung kommt. Daß Geschwüre durch stumpfe Verletzung des Magens von außen, die zu praestatischen Kontusionsblutungen führt, entstehen, ist bewiesen.

Ulcusentstehung auf dem Boden lange im Magen verweilender Fremdkörper ist ebenfalls von verschiedenen Autoren (Jaeger[1]), v. Golischer, Tescola u. a.) in Erwägung gezogen worden. Es soll über eine Drucknekrose zur Geschwürsbildung kommen oder auch als Ausdruck des nervösen Reizzustandes der Schleimhaut auf dem Umweg über das Nervensystem.

Die theoretische Betrachtung, die das ursächliche Moment der Geschwürsbildung in Gefäßerkrankungen z. B. Atheroskle-

[1]) Archiv für klin. Chirurgie 1934, Bd. 178, S. 134.

rose sieht, hat weniger Bedeutung. Es würde diese Ansicht auch nicht zu der Tatsache passen, daß die Ulcusbildung vorwiegend im jüngeren oder mittleren Alter anzutreffen ist, wo eine atheromatöse Veränderung der Gefäße kaum ausgebildet ist. Die vaskuläre Theorie, die die Ulcusentstehung infolge von Kreislaufstörungen annimmt, ist wohl die älteste. Nachdem schon 1806 Morin darauf hingewiesen hat, ist diese Theorie von Virchow ausgebaut worden. Viele klinische, pathologisch-anatomische sowie experimentelle Ergebnisse sind zu ihrer Begründung angeführt worden. Man hat versucht durch Gefäßunterbindungen am Magen echte Ulcera zu erzeugen, es sind jedoch nur kleinere Blutaustritte in die Schleimhaut beobachtet worden (Körte, Litten, Usadel, Braun u. a.). Experimentell wie auch operativ hat das Unterbinden von Magengefäßen aber niemals zur Geschwürsbildung geführt. Venöse Stauungen bei Vitium cordis mit konsekutiver Pfortaderstauung, die zu Stauungsinfarkten führen, können wohl die Entstehung von Ulcera fördern, jedoch machen sie die Vielzahl der Magengeschwüre nicht aus. Auch die rückläufige Verschleppung von Thromben in die Magenvenen ist in Betracht gezogen worden und besonders für die Entstehung des Ulcus pepticum postoperativum verantwortlich gemacht worden (v. Eiselsberg). Experimentell wie auch postoperativ wurde die Richtigkeit der Auffassung durch Payr und Petriwalsky bestätigt. Ferner sind kleine Embolien mit Verschleppung infektiösen Materials (z. B. bei infektiös-eitrigen Bronchiektasen, otogener Sepsis, Furunkulose, Endocarditis) als Ursache der Ulcuserkrankung angeführt worden. Es kann nach pathologisch-anatomischen Anschauungen nicht in Abrede gestellt werden, daß der hierdurch hervorgerufene haemorrhagische Infarkt der Verdauung durch den Magensaft anheimfällt und so zur Geschwürsbildung führen kann. Es ist aber wohl nicht gerechtfertigt, diese Ansicht der mechanischen Gefäßverlegung einzig und allein als Voraussetzung für die Entstehung der Mehrzahl der peptischen Affektionen zu betrachten.

Daß die bakterielle Theorie von Askanazy (Soor- und Streptokokken-Infektion), die ein förderndes Moment in der Änderung des Bakterienhaushaltes des Magens für wahrscheinlich hält, nach den heutigen Gesichtspunkten gänzlich abgelehnt werden muß, steht außer Zweifel. Bekanntlich hat der Magensaft und besonders die darin enthaltene Salzsäure eine starke antibakterielle Wirkung, sodaß wir unter normalen Verhältnissen des Magenchemismus eine gewisse Keimarmut vorfinden. Da aber die meisten Ulcera mit einer Superacidität einhergehen, so dürften in diesem Falle erst recht keine Erreger im Magensaft gefunden werden, die mit der Nahrung oder rückläufig in den Magen gelangt sind, da sie in dem stark sauren Milieu nicht leben können.

Die Superacidität ebenfalls ist nicht Ursache, sondern nur als Folge eines allgemeinen konstitutionellen Reizzustandes aufzufassen, wie ich weiter unten noch ausführen werde. Gewiß ist es denkbar, daß dieser Superacidismus ein begünstigendes Moment auf die Entstehung des Ulcus ausüben und den Heilungsprozeß erschweren kann. Mit dem Schwinden der peptischen Affektionen geht meistenteils gleichfalls ein Rückgang der erhöhten Säurewerte einher.

Nach Konjetzny wird auch die chronische Gastritis als ein günstiger Boden für die Ausbildung peptischer Geschwüre angesehen, die meist durch exogene Schädigungen hervorgerufen sein soll. Konjetzny zieht den Vergleich zu den Geschwüren der Absatzkälber, die in der Zeit von dem Übergang von Milchernährung zum Rauhfutter beobachtet werden. Diese Ansicht ist aber heute noch sehr umstritten (Gg. B. Gruber, v. Bergmann). Da mit jeder Geschwürsbildung eine mehr oder minder große zirkumskripte Begleitgastritis einhergeht, wird angenommen, daß die chronische Entzündung der Magenschleimhaut durch ein vorher bestehendes Ulcus hervorgerufen und weiter unterhalten wird. Gelegentlich ist wohl Ulcusentstehung auf dem Boden einer chronischen Gastritis beobachtet worden, jedoch trifft dies für die Mehrzahl der Ulcuskranken nicht zu.

Ohne Zweifel spielen gewisse familiär-heriditäre bzw. konstitutionelle Momente in der Ulcusgenese eine große Rolle. Man spricht deshalb in diesem Sinne auch von einer „Ulcuskrankheit", die durch einen konstitutionellen nervösen Reizzustand ausgelöst wird. Es ist G. v. Bergmann's Verdienst auf die maßgebende Bedeutung des vegetativen Nervensystems in der Ulcusgenese hingewiesen zu haben. Sie ist deshalb auch neurogene oder spasmogene Theorie genannt und sieht in dem Ulcus pepticum keine Lokalerkrankung des Magens und Zwölffingerdarms, sondern den Ausdruck einer Störung im Gesamtorganismus. Es sollen durch erhöhte Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems Gefäßkrämpfe der Magenwand ausgelöst werden, die zu einer umschriebenen spastischen Ischämie und Ernährungsstörung der Mucosa führen. Dieser geschädigte und den peptischen Säften gegenüber widerstandslos gewordene Bezirk soll dann der Verdauung und Ulceration verfallen. Das Ulcus ist demnach nur Symptom. Unbestreitbar steht diese Theorie an erster Stelle und viele Momente sprechen für sie. Besonders wenn man berücksichtigt, daß bei vielen Ulcuskranken auch sonstige Zeichen erhöhter Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems anzutreffen sind, wie Hyperhydrosis, Dermographismus und Vasolabilität. Diese Vagotoniker und Sympathikotoniker oder von v. Bergmann als „vegetativ stigmatisiert" Bezeichneten reagieren z. B. auf Pilokarpin oder Atropin stärker im Sinne einer Erregung (Sekretionssteigerung) bzw. Lähmung (Sekretionshemmung) des Vagus als der gesunde Mensch. Es ist deshalb

auch denkbar, daß der größtenteils mit dem Ulcus einhergehende Hyperacidismus auf neurotische Einflüsse hin hervorgerufen wird, da er mit dem Schwinden der Störungen im Gesamtorganismus gewöhnlich ebenfalls abklingt. So hat Stahnke Vagusreizungen durch elektrischen Strom ausgeführt und dabei Schleimhautdefekte im Magen erzeugt sowie eine vermehrte Sekretion von Magensaft beobachtet. Es wäre von diesem Standpunkt aus betrachtet die Hyperacidität mit Hypersekretion eine konsekutive Erscheinung des konstitutionellen nervösen Reizzustandes. Mit dieser Theorie läßt sich daher auch das Auftreten von Ulcera ventriculi s. duodeni nach schweren Verbrennungen, Urtikaria oder Sepsis, die alle eine Störung der Gefäßreaktion im Sinne einer spastischen Ischämie hervorrufen, erklären.

Neuerdings wird auch die Frage aufgeworfen, (Rosenow-Rochester), ob nicht die Ulcusentstehung auf dem Boden der Fokalinfektion (cariöse Zähne, Wurzelgranulome, Tonsillitiden) ursprünglich bedingt sein könnte. Es ließe sich hiermit gewiß das gehäufte periodische Auftreten von Ulcus pepticum im Frühjahr und Herbst erklären, als den Jahreszeiten der häufigsten Erkältungskrankheiten. In allen hier beobachteten Fällen von Ulcus pepticum fand sich ein hoher Prozentsatz der Kranken mit defekten cariösen Zahnverhältnissen, Alveolarpyorrhoen und Paradentosen vor. Es wurde im hiesigen Krankenhaus bei der Erhebung des Befundes großer Wert auf diese Feststellungen gelegt. Aber ist diese Tatsache nicht mehr Stütze der mechanischen Theorie, wenn man in Betracht zieht, daß die durch ein mangelhaftes Kauwerkzeug ungenügend verkleinerte Nahrung einen mechanischen Reiz auf die Magenschleimhaut auslösen könnte?

Engels[2] (Chir. Univ. Klinik Köln) wiederum möchte auf Grund histologischer Untersuchungen von Resektionsmaterial „das Ulcus pepticum als eine Systemerkrankung aufgefaßt wissen, deren primärer ätiologischer Faktor in einer Dysfunktion des lymphatischen Apparates gelegen ist. Dieses Gewebe antwortet bei den so konstituierten Individuen auf einen spezifischen Reiz (einen Infekt auch an entfernterer Stelle, der Tonsillen, des Rachens, der Appendix, eine Änderung der Reaktionslage des Organismus) mit einer ungeheuren Proliferation seines Zellverbandes, welche in ihrer Auswirkung das Epithel zerstört und in seiner Funktion behindert, indem es durch die Zirkulationsstörungen, welche sich im Anschluß an seine Ausbreitung entwickeln, die Reparation illusorisch macht".

Vielfach werden auch Nikotinabusus sowie der nüchterne Genuß von starkem Kaffee und Alkohol als Ursache der Ulcusentstehung angeführt. Jedoch dürften diese Genußmittel mehr als

[2]) Archiv für klin. Chirurgie 1938, Bd. 192, S. 133.

Säure- und Saftlocker bestimmte Aciditätsbeschwerden hervorrufen ohne einen wesentlichen direkten Anteil an der Entstehung peptischer Affektionen zu haben. Vielleicht tragen sie auch dazu bei, die Heilung eines schon vorhandenen Geschwüres zu verzögern (Chronizität!) oder seine Rezidivierung zu fördern. Das Ulcus wiederum übt einen Dauerreiz auf die Magenschleimhaut aus, der zu einer ständigen Sekretion von Magensaft selbst bei Nüchternheit sowie zu einer erhöhten Motorik Anlaß gibt. Diese Erscheinungen bedingen meist auch ursächlich das Erbrechen der Ulcuskranken.

Da Ulcera auch öfter im Gefolge anderer Erkrankungen beobachtet werden, hat Rößle von einer sogenannten „zweiten Krankheit" gesprochen, indem er gleichzeitig bestehende oder vorausgegangene andere Leiden (z. B. Appendicitis, Cholelithiasis usw.) durch Vermittlung reflektorischer Nervenreizung als Entstehungsursache für wahrscheinlich hält.

Ob überhaupt die Ulcusentstehung als ein einheitlicher Vorgang anzusehen ist, läßt sich schwerlich feststellen. Die Kreislaufstörungen jedoch, die durch eine besondere vasoneurotische Disposition begünstigt und durch Einflüsse im Vagus- und Sympathikusgebiet ausgelöst werden, spielen sicherlich die größte Rolle in der Ulcusgenese. Andere Momente mögen noch hinzutreten, denen eine fördernde oder begünstigende Wirkung nicht abzusprechen ist. Das Vorhandensein einer konstitutionellen Komponente im Sinne einer Ulcusdisposition wird aber der auslösende Faktor sein.

Der anatomische Bau des peptischen Geschwürs ist gewöhnlich durch einen ovalen oder kreisrunden Substanzverlust von wechselnder Tiefe und Größe mit glattem Grund und wenig Gewebsinduration der Umgebung ausgezeichnet. Die Ränder sind scharf, wie ausgestanzt und mit senkrecht oder zum Pylorus hin treppenförmig ansteigenden Wänden ausgebildet. Durch Chronizität oder Rezidivierungen können sich geschwulstartige Verdickungen der Wände sowie der Umgebung durch Narbengewebe herausbilden (Ulcus callosum). Dringt ein Ulcus in tiefer liegende Gewebsschichten ein und durchstößt es die Muskularis, so spricht man von einem Ulcus penetrans. Diese Art von Geschwüren zeichnen sich durch eine gewisse Hartnäckigkeit in der Heilung aus und sind durch ihre penetrierende Tendenz mit Perforation in die Bauchhöhle, Gefäßarrosion und profusen Blutungen, Übergreifen auf benachbarte Organe (Pankreas, Milz, Quercolon, Leber) sowie perigastritischen oder periduodenitischen Verwachsungen äußerst gefährlich.

Die Ausheilung des Ulcus geht nur mit stärkerer Narbenbildung einher, die besonders bei den tiefen und oftmals rezidivierten Geschwüren zu Wandverzerrungen führt. So entsteht auf diese Weise

auch das Bild des narbigen Sanduhrmagens und der narbigen Pylorusstenose. Diese organischen Veränderungen bedingen häufig eine totale oder subtotale Wegsamkeitsstörung in der Chymuspassage mit konsekutiver Ektasie der oberhalb gelegenen Magenpartie. Eine Folge davon ist das kurz nach Nahrungsaufnahme durch Antiperistaltik hervorgerufene Erbrechen unverdauter zuweilen schon Tage zuvor eingeführter Ingesta.

Durch die frustralen Regenerationsversuche des Randepithels chronischer Ulcera kommt es im nicht so seltenen Falle zur karzinomatösen Entartung. Gehäuft werden diese Beobachtungen bei den callösen Ulcera gemacht, die deshalb nach ergebnislosem Versuch interner therapeutischer Beeinflussung eine strikte Indikation zur Resektion bilden dürften.

Nach Statistiken zu urteilen, fanden:

Hauser (auf Grund zahlreicher statistischer Angaben) in 3,4 % und
Orator in 5,0 % der Fälle eine karzinomatöse Degeneration des Ulcus ventriculi.
Finsterer (auf Grund von Resektionsmaterial wegen Ulcus callosum) allein in 24,0 % der Fälle eine maligne Entartung.

Das Ulcus duodeni soll fast garnicht eine maligne Entartungstendenz aufweisen (v. Bergmann). Es ist bisher von v. Haberer in 2 Fällen und von Kettle in einem Fall berichtet worden.

Im folgenden habe ich nun das Ulcuskrankengut der Jahre 1937 und 1938 des Oscherslebener Kreiskrankenhauses zusammengestellt und zugleich gesondert die im gleichen Zeitraum festgestellten Magenkarzinomfälle aufgeführt, unter denen sich eine Reihe von Karzinomen vorfinden, die auf dem Boden alter Ulcera gewachsen sind. Die Diagnose wurde einerseits dadurch gesichert, daß mit Bestimmtheit ein echtes Ulcus Jahre hindurch an dieser Stelle sowohl klinisch wie auch röntgenologisch festgestellt werden konnte, andererseits, daß der Operationsbefund und z. T. die histologische Untersuchung die karzinomatöse Entartung aufdeckte.

Der besseren Übersicht halber sind alle Ulcus- und Karzinomfälle statistisch eingeordnet und die Einteilung so gewählt, daß unterschieden wird nach ambulanten, medizinisch-stationären und chirurgisch-stationären Kranken.

Ulcus pepticum ventriculi et duodeni.

Lfd. Nummer	Protokoll-Nr. Name	Alter	Geschlecht	Beruf:	Ulcus a) Zahl und Sitz b) Besonderheiten (Blutung, Perforation, Penetration etc.)
1	2	3	4	5	6
1	4. 1. 37 H. O.	35	m	Transport-arbeiter	Status nach Resektion des Antrums. Frisches Ulc an der G. E. Stelle.
2	4. 1. 37 L. J.	31	m	Schlosser	Ulcus duodeni.
3	4. 1. 37 M. F.	46	m	Landarbeiter	
4	7. 1. 37 B. F.	54	m	Steinsetzer	Ulcus duodeni ad pyloricum.
5	14. 1. 37 D. G.	23	m	Ingenieur	Ulcus duodeni. Geringe Entleerungsverzögerung.
6	22. 1. 37 B. H.	37	m	Werkmeister	Ulcus duodeni ad pyloricum (Hinterwand).
7	26. 1. 37 H. H.	48	m	Bäcker-meister	Ulcera duodeni der Hinter- und Vorderwand (Kissing-ulcers). Weiter Bulbus.
8	1. 2. 37 W. F.	55	m	Landwirt	Ulcus parapyloric. duodeni. Perigastritis.
9	8. 2. 37 M. A.	37	m	Schlosser	Ulcus ventric. der kleinen Kurvatur.

Narben Zahl und Sitz Besonderheiten (Stenose, Divertikel etc.)	Diagnostik mit Hilfe d. internen Mittel, des Rö.-Verfahrens sowie der chirurgischen Autopsie	Zeitpunkt des Beginns und Besonderheiten der Beschwerden	Anmerkung
7	8	9	10
	Rö. Ac.: 4/10	Juni 1924 G.E. wegen Ulcus duod., Jan. 1926 Magenresektion. Seit 10 Tg. ununterbrochen krampfartige Schmerzen. Kurz zuvor hochfiebernde Angina.	
	Rö. Ac.: 44/56	Seit 2—3 Jahren stets im Winter Magendruck. Nach Nahrungsaufnahme Besserung der Beschwerden.	
eerungsstörung Grades bei ulcus- ngter Pylorus- ose.	Rö. Ac.: 50/60 Mikroskop.: Sarcine	Seit 1920 mit geringen Unterbrechungen krampfartige Schmerzen im Oberbauch. Sodbrennen. Linderung durch künstl. Erbrechen. In den letzten 6 Mon. Verstärkung der Beschwerden.	
	Rö. Ac.: 40/52	Vor 4—6 Wch. wieder Druck im Epigastrium. Angeblich seit dem Kriege periodisch auftretende Magenschmerzen.	Defektes Gebiß
	Rö. Ac.: 48/68	Erst seit einem Jahr periodisch auftretende Schmerzen etwa 1 Std. nach dem Essen. Nüchternschmerz. Nachtschmerz.	
	Rö. Ac.: 54/72	Seit vielen Jahren im Jan.-Febr. Druck im Oberbauch. Etwa 3—4 Std. nach dem Essen krampfartiger Schmerz. Nachtschmerz.	
	Rö. Ac.: 40/50	Seit dem Frühjahr 1935 periodisch rezidivierende Schmerzen im Oberbauch besonders bei Nüchternheit. Nach Nahrungsaufnahme Linderung.	
	Rö. Ac.: 28/42	Seit dem Kriege Magenbeschwerden. Druckgefühl im Oberbauch unabhängig vom Essen. Verträgt keine Hülsenfrüchte.	Cariöses Gebiß
	Rö.	Seit 8 Monaten Druckgefühl im Epigastrium. Jetzt verstärktes Auftreten der Beschwerden. — Hastiger Esser, unregelmäßige Mahlzeiten.	Alkohol- u. Nikotinabusus

1	2	3	4	5	6
10	18. 2. 37 J. A.	42	m	Steuer-sekretär	Altes Ulcus duodeni.
11	2. 3. 37 M. H.	32	m	Ingenieur	Ulcus duodeni.
12	5. 3. 37 R. A.	27	m	Tischler	Parapylorisches Ulcus ventriculi der kleinen K vatur.
13	12. 3. 37 Sch. M.	37	w	Ehefrau	Ulcus duodeni.
14	17. 3. 37 F. G.	23	w	Arbeiterin (Schokola-denfabrik)	Ulcus duodeni am lateralen Recessus.
15	17. 3. 37 B. A.	27	m	Kaufm. An-gestellter	Ulcus duodeni.
16	30. 3. 37 G. O.	28	m	Sattler	Ulcus duodeni.
17	9. 4. 37 H. W.	33	m	Elektro-Monteur	Frisches Ulcus duodeni des lateralen Recessus. V mehrter Expressionswiderstand.
18	15. 4. 37 L. L.	40	m	Arbeiter	Typische Bulbusdeformität mit zentralem lin großem Ulcus duodeni.
19	29. 4. 37 G. F.	38	m	Geschirr-führer	Ulcus duodeni (Enface-Nische).

7	8	9	10
were narbige Ver-erungen d. Bulbus.	Rö. Ac.: 46/62	Seit 1924 Magenbeschwerden, die periodisch rezidivieren. Heftige Nachtschmerzen. Sonst etwa 4 Std. nach der Mahlzeit. Abneigung gegen Schweinefett.	
	Rö. Ac.: 50/68	Regelmäßig im Jan.-Febr. seit 3 Jahren unabhängig vom Essen Druck und manchmal Krampf in der Magengrube, dorsal ausstrahlend.	3 ältere Brüder u. Mutter magenleidend
	Rö. Ac.: 50/64	Seit 7 Jahren period. Magenschmerzen, Sodbrennen. Verträgt keine Hülsenfrüchte, Fett, Süßigkeiten, Schwarzbrot und Obst.	
	Rö. Ac.: 44/56	Vor 4 Wochen ziehende und stechende Schmerzen im Ober- u. Mittelbauch unabhängig von der Nahrungsaufnahme.	Mangelhaftes z. T. cariöses Gebiß
	Rö. Ac.: 10/26	Häufig Anginen, seit 3 Jahren period. wiederkehrende kolikartige Schmerzen im Oberbauch, unabhängig von der Mahlzeit. Nascht viel Schokolade. Jetzt wieder seit 14 Tagen bis 10 Kolikanfälle täglich. Nachtschmerz.	
bige Veränderung. Bulbus, keine Ste-e.	Rö. Ac.: 26/36	Seit Februar 1933 an „Darmgeschwür" erkrankt. Erbrechen. Periodische Schmerzen. Verträgt weder Kohl noch Hülsenfrüchte.	
öhter Pylorustonus.	Rö. Ac.: 56/60	Seit 2 Jahren periodisch auftretender Druck im Epigastrium. Erbrechen. Verträgt keine Hülsenfrüchte.	
were narbige De-nität des Bulbus ch abgeheiltes us duodeni.	Rö. Ac.: 24/42	Seit 3 Jahren im Frühjahr und Herbst periodisch auftretende Schmerzen im Oberbauch mit dorsaler Ausstrahlung.	
	Rö. Ac.: 20/38	Seit 2—3 Jahren periodisch rezidivierende Magenschmerzen. Nachtschmerz, verträgt keine Hülsenfrüchte.	Gebiß lückenhaft, Paradentose.
	Rö. Ac.: 38/50 Sang. +	Vor etwa 3—4 Wochen 1—2 Std. nach dem Essen krampfartige Schmerzen im Oberbauch, verträgt jede Kost. Gewichtsabnahme.	

1	2	3	4	5	6
20	7. 5. 37 Z. H.	36	m	Geschirr-führer	Chron. Ulcus duodeni.
21	1. 6. 37 B. K.	30	m	Guts-inspektor	Ulcus duodeni.
22	29. 6. 37 H. W.	23	m	Friseur	Ulcus ventriculi an der kleinen Kurvatur.
23	29. 6. 37 Z. C.	52	m	Hof-verwalter	Ulcus duodeni penetrans.
24	15. 7. 37 K. E	32	m	Kraftfahrer	Ulcus duodeni des lateralen Recessus.
25	23. 7. 37 K. L.	26	w	Ehefrau	Pylorusnahes Ulcus duodeni. Begleitgastritis. Erhöhter Pyloruswiderstand.
26	12. 8. 37 S. E.	26	m	Schlosser	Altes Ulcus duodeni im oberen Recessus. Unreg mäßige Kleeblattform des Bulbus.
27	23. 8. 37 R. K.	36	m	Hilfslade-schaffner	Ulcus duodeni. Blutungen.
28	28. 9. 37 Sch. H.	21	m	Magistrats-Angestellter	Ulcus duodeni.

7	8	9	10
were narbige Bul-deformität, keine ose.	Rö. Ac.: 44/58 Sang. +.	Seit 3 Jahren häufig Schmerzen im mittleren Oberbauch dorsal ausstrahlend. Nüchternschmerz. Aufstoßen. Verträgt weder Kohl, Hülsenfrüchte, noch Bier.	
	Rö. Ac.: 34/46	Seit 2 Jahren mit beschwerdefreien Intervallen Magenschmerzen, die besonders bei Nüchternheit verstärkt auftreten.	Neurastheniker.
	Rö. Ac.: 54/66	Seit ca. 6 Jahren zeitweilig stechende Schmerzen im Epigastrium, Übelkeit, Aufstoßen. Hastiger Esser. Empfindlich gegen Fett und Hülsenfrüchte.	
were perigastriti-e und periduodeni-ne Veränderungen h Ulcus ventr. per-tum sowie narbige busveränderungen. ne Stenose.	Rö. Ac.: 56/74	Seit 5 Jahren kolikartige Magenschmerzen unabhängig vom Essen, Februar 1934 Operation (Übernähung) wegen Geschwürsdurchbruch, jetzt seit 10 Wochen wieder dauernd Magenkoliken.	
	Rö. Ac.: 52 64	Angeblich seit 10—12 Jahren periodisch rezidivierende Magenbeschwerden, die seit einem Vierteljahr wieder unabhängig vom Essen auftreten. Nachtschmerz.	
	Rö. Ac. 26 38	Seit etwa 7 Jahren stets im Sommer Magenschmerzen unabhängig v. Essen, verträgt keine Hülsenfrüchte.	Gebiß lückenhaft.
bige Veränderung der Pars pylorica h Ulcus ventr. per-tum.	Rö. Ac.: 40/70	Winter 1935 Operation (Übernähung) wegen Geschwürsdurchbruch. Jetzt wieder Magenbeschwerden unabhängig vom Essen, Sodbrennen. Will fast stets diät gelebt haben. Verträgt keine Hülsenfrüchte.	
	Rö. Ac.: 28/42 Benzidin +.	April 1937 wegen profuser Magenblutung hier im Krankenhaus. Ulcuskur. Verträgt jede Kost. Vor 4 Wochen nachts heftige kolikartige Anfälle, öfters Schwindelgefühl, besonders beim Gehen.	Gebiß lückenhaft.
	Rö. Ac.: 32/45	Seit dem 17. Lebensjahr „magenleidend". Würgende Schmerzen im Oberbauch ohne Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Durchfälle. Verträgt keine Hülsenfrüchte und Schmalz.	Visus neurasthenicus

1	2	3	4	5	6
29	30. 9. 37 B. E.	51	w	Ehefrau	Ulcus duodeni (Enface-Nische).
30	4. 10. 37 N. K.	22	m	Kaufm. Angestellter	Ulcus parapyloric. duodeni.
31	14. 10. 37 G. W.	33	m	Oberfeld-meister	Ulcus parapyloric. duodeni. Spastisch erhöhter Pylorustonus.
32	25. 10. 37 K. A.	62	w	Ehefrau	Ulcus duodeni.
33	25. 10. 37 N. W.	34	m	Schlosser	Kleiner verzogener Bulbus duodeni mit zentr Nische.
34	28. 10. 37 D. S.	66	w	Ehefrau	Ulcus ventriculi der Hinterwand in Corpus-Mi Kontralaterale Einziehung der großen Kurva Starke Entleerungsverzögerung.
35	11. 11. 37 F. H.	50	m	Geschirr-führer	Ulcus duodeni (Recessus lateralis bulbi).
36	15. 11. 37 K. St.	45	m	Landarbeiter	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur. Chronis Gastritis.
37	25. 11. 37 R. K.	57	m	Landwirt	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur mit funk neller Entleerungsverzögerung.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 35/55	Seit 1926 in längeren Intervallen krampfartige Magenschmerzen. Empfindlich gegen Fett und Hülsenfrüchte.	Gebiß lückenhaft Visus neurasthenicus.
rbige Ver- erungen im Bulbus	Rö. Ac.: 28/52	Seit 4 Jahren periodisch auftretende krampfartige Schmerzen im Oberbauch. Nachtschmerz, Hungerschmerz. „Ärger schlägt auf den Magen." Verträgt kein fettes Fleisch, Hülsenfrüchte, Süßigkeiten.	Neurastheniker
	Rö. Ac.: 27/47	Seit 2 Jahren oft beim Essen und danach Magenschmerzen. Nachtschmerz von krampfartigem Charakter. Verträgt jede Kost.	Sehr starker Raucher
	Rö. Ac.: 34/62	Im Herbst 1936 und jetzt wieder seit 6 Wochen schneidende Schmerzen in der Magengrube. Völlegefühl, Übelkeit.	Fast zahnloser Mund. Foetor ex ore Alveolarpyorrhoe.
	Rö. Ac.: 48/56	Etwa seit 4 Jahren im Herbst und Frühjahr auftretende krampfartige Schmerzen in der Magengegend unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Nüchternschmerz. Verträgt jede Kost.	z. T. cariöses Gebiß
	Rö. Ac.: -6/10 Milchsäure 0	Seit Ende August ständig Magendruck. Im Laufe des Tages zunehmend. Zeitweilig brennende Schmerzen zum Rükken hinziehend.	Zähne sehr defekt
	Rö. Ac.: 46/64	Seit dem 18. Lebensjahr häufig Magenschmerzen, jetzt verstärkt seit 1 Jahr und besonders seit 8 Wochen etwa 3—4 Std. nach den Mahlzeiten. Wiederholtes „kaffeebraunes" Erbrechen. Verträgt kein Fett und Hülsenfrüchte.	
	Rö. Ac.: 44/52	Seit 1934 nach dem Essen Magendruck. Zeitweilig beschwerdefrei. Jetzt erneutes Auftreten der Schmerzen seit $^1/_4$ Jahr. Am 20. 8. 36 hier wegen subacider Gastritis (Ac.: -10/18), keine eindeutigen Ulcuszeichen.	Zähne lückenhaft
	Rö. Ac.: 46/64	Seit 7 Jahren mit beschwerdefreien Intervallen Magendruck und Aufstoßen. Im Sept. d. Js. verstärktes Auftreten der Beschwerden. Gewichtsabnahme. Abneigung gegen Fett.	Gebiß lückenhaft. Foetor ex ore.

1	2	3	4	5	6
38	20. 12. 37 F. H.	26	m	Buchhalter	Ulcus duodeni mit Formveränderung des Bulbus.

1	13. 1. 38 O. H.	23	m	Tischler	Ulcus ventriculi ad pyloricum. Entleerungsv zögerung.
2	28. 1. 38 H. O.	30	m	Melker	Ulcus parapyloric. duodeni.
3	3. 2. 38 Sch. H.	28	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni. Spastischer Magen.
4	15. 3. 38 N. A.	32	m	Kontrolleur (früher Schlosser)	Ulcus duodeni mit weitem Kleeblattbulbus.
5	19. 3. 38 P. E.	25	m	Schlosser	Ulcus duodeni.
6	1. 4. 38 W. A.	53	m	Landarbeiter	Altes Ulcus parapyloric. ventriculi.
7	22. 4. 38 F. L.	35	w	Ehefrau	Ulcus duodeni am lateralen Recessus.
8	26. 4. 38 B. H.	64	w	Ehefrau	Große Ulcusnische in Mitte der kleinen Kurva in Vorderwandnähe. Entleerungsverzögerung ers Grades.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 62 82	Vor etwa 4—5 Jahren meist zur Winterzeit Magenschmerzen. Nüchtern- u. Nachtschmerz. Seit 14 Tagen appetitlos.	

Ambulante Kranke des Jahres 1938.

	Rö. Ac.: 57 73	Seit $^1/_4$ Jahr unbestimmtes Druckgefühl in der Magengegend. Nüchternschmerz, verträgt alle Speisen, nur kein rohes Fleisch.	Vasomotoriker
	Rö. Ac.: 64 72	Seit 10 Jahren periodisch rezidivierende krampfartige Magenschmerzen besonders bei vollem Magen. Selten Nacht- und Nüchternschmerz. Saures Aufstoßen. Verträgt keine sauren Speisen.	Backenzähne lückenhaft
	Rö. Ac.: 21 33	„Von Kindheit an" zeitweilig Magenschmerzen, seit 3 Wochen verstärkte Beschwerden. Sodbrennen.	
	Rö. Ac.: 30 50	Seit 3 Jahren periodisch, rezidivierende Schmerzen im Oberbauch meist 2—3 Std. nach den Mahlzeiten. Aufstoßen, Übelkeit. Verträgt keine Gewürze, frisches Fleisch, sowie Süßigkeiten.	
	Rö. Ac.: 35 48	Seit 14 Tagen 2—3 Std. nach dem Essen wühlende Magenschmerzen. Danach Hungergefühl mit gehäuftem Luftaufstoßen.	Vasomotoriker
	Rö. Ac.: -24 16 (gallig)	Seit 1916 magenleidend mit längeren beschwerdefreien Intervallen. Vor etwa 8 Mon. nach dem Essen wieder krampfartige Schmerzen. Verträgt weder Fleisch noch Hülsenfrüchte.	zahnloser Mund
	Rö. Ac.: 47 62	Erstmalig vor 3 Wochen meist bei vollem Magen krampfartige Schmerzen im Epigastrium, dorsal ausstrahlend. Alle Speisen werden vertragen.	
	Rö. Ac.: 42/62 Mikroskopisch: Hefe und Erythrozyten	Seit 3 Jahren meist im Winter krampfartige Schmerzen im linken Oberbauch mit dorsaler Ausstrahlung. Erneute Schmerzanfälle seit 6 Wochen, Gewichtsabnahme. Verträgt keine Hülsenfrüchte, Fleisch und Brot.	zahnloser Mund

1	2	3	4	5	6
9	23. 6. 38 W. Sch.	48	m	Arbeiter	Ulcus parapyloric. ventriculi. Spastisch erhöh Pylorustonus.
10	24. 6. 38 P. E.	28	m	Malergehilfe	Ulcus duodeni mit spastisch erhöhtem Pyloruston
11	8. 7. 38 R. K.	47	m	Papier- macher	Ulcus duodeni mit stark erhöhtem Pylorustonus
12	12. 7. 38 K. J.	26	w	Arbeiterin (Zigarren- fabrik)	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur.
13	27. 7. 38 R. P.	26	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni. Unregelmäßige Bulbusfüllung erhöhtem Pyloruswiderstand.
14	2. 8. 38 P. I.	19	w	Arbeiterin (Ago)	Ulcus duodeni mit Begleitgastritis.
15	8. 8. 38 D. F.	41	w	Ehefrau	Ulcus parapyloric. ventriculi mit stenosierenden V änderungen am Magenausgang.
16	9. 8. 38 W. E.	15	w	Landdienst- lerin	Ulcus duodeni.
17	9. 8. 38 D. F.	40	m	Schlosser	Ulcus ventriculi im Antrumteil mit stenosieren Veränderungen am Magenausgang. Gastrektasie

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 32 50	Seit dem Kriege Vergrößerung des Gesichts mit Riesenwuchs der Hände und Füße. 1936 deshalb Hypophysenbestrahlung. Im April d. Js. krampfartige Schmerzen in der Magengrube 2—3 Std. nach der Mahlzeit. Verträgt jede Kost.	Acromegalie Backenzähne lückenhaft
	Rö. Ac.: 31 51	Seit $1^1/_2$ Jahren in längeren Zeitabständen wiederkehrende kolikartige Magenschmerzen. Nüchternschmerz. Sodbrennen. Empfindlich gegen grobe Kost und Kuchen.	Zähne leidlich
	Rö. Ac.: 47 56	Erstmalig 1921 Magenbeschwerden. Erneutes Auftreten vor 6 Wochen unabhängig von den Mahlzeiten. Nüchternschmerz mit dorsaler Ausstrahlung. Verträgt jede Kost, nur kein Fett. Häufig ängstliches Gefühl.	Neurastheniker
	Rö. Ac.: -9/6 Milchsäure 0	Seit 3 Jahren krampfartige Schmerzen in der Magengegend, die sich nach dem Essen bessern. Erbrechen, manchmal Blut. Kein Teerstuhl. Verträgt keinen Käse.	
	Rö. Ac.: 14/26 Mikroskopisch Hefe	Seit 1 Jahr mit kurzen Unterbrechungen wühlender Schmerz im Oberbauch. Meist bei leerem Magen. Verträgt keine Hülsenfrüchte, saures Brot.	Vasomotoriker
	Rö. Ac. 24 33.	Vor etwa 7 Wochen fast alle 14 Tage krampfartige Schmerzen in der Magengrube. Erbrechen. Aufstoßen. Beschwerden unabhängig vom Essen und von besonderen Speisen. Gewichtsabnahme.	Blasse grazile Frau mit vasomotorischem Einschlag
	Rö. Ac.: 28/41	1933 erstmalig mit Magenschmerzen erkrankt. Angeblich Ulcus duodeni. Meidet seitdem Hülsenfrüchte. Seit einem Vierteljahr Druck- und Völlegefühl in der Magengegend.	Schlechtes Gebiß
	Rö. Ac.: 13/28	Seit 14 Tagen Magenkrämpfe nach dem Essen. Zeitweilig Erbrechen und bitteres Aufstoßen.	Asthenischer Habitus
	Rö. Ac.: 36/56 Mikroskop.: Hefe	Seit 4 Jahren Magenbeschwerden unabhängig vom Essen und von der Jahreszeit. Saures Aufstoßen, meidet Hülsenfrüchte und saure Speisen.	Vasomotoriker

1	2	3	4	5	6
18	12. 8. 38 W. H.	47	m	Arbeiter (Zucker-fabrik)	Ulcus parapyloric. duodeni.
19	22. 8. 38 M. E.	44	m	Arbeiter (Maschinen-fabrik)	Ulcus duodeni an der Majorkontur.
20	25. 8. 38 Th. H.	32	m	Guts-inspektor	Ulcus duodeni mit mangelhafter Entfaltung Bulbus. Hypermobiler Magen und erhöhter Pylo tonus.
21	12. 9. 38 L. F.	27	m	Fleischer	Aktives frisches Ulcus praepyloricum ventriculi Vorderwand.
22	20. 9. 38 D. E.	52	m	Einrichter b. d. Ago	Ulcus duodeni.
23	20. 9. 38 G. C.	37	w	Zigarren-macherin	Ulcus duodeni.
24	20. 10. 38 G. A.	30	w	Ehefrau, früher Stenotypistin	Ulcus duodeni am Recessus lateralis.
25	2. 11. 38 H. E.	43	m	Landarbeiter	Ulcus parapyloricum ventriculi mit motorischer suffizienz 2. Grades.
26	8. 11. 38 K. W.	24	m	Klempner	Ulcus parapyloricum duodeni. Ulcus im Reces lateralis. Keine Stenoseerscheinungen.

7	8	9	10
hte stenosierende heinungen am genausgang	Rö. Ac.: 33/47	Seit 1929 periodisch im Herbst und Frühjahr auftretende krampfartige Schmerzen bei vollem Magen, oft Heißhunger; Hülsenfrüchte und Fett werden schlecht vertragen.	Kauunfähiges Gebiß
anische Ver- erungen mit Steno- ung im Pylorus- busabschnitt. Halb- noch nach 9 Std.	Rö. Ac.: 20/45	Seit 1925 periodisch rezidivierende, manchmal wühlende Magenschmerzen, besonders morgens. Völlegefühl, Aufstoßen. Seit 3 Mon. vermehrte Schmerzen mit Gewichtsabnahme.	Lückenhafte Zähne. Reduzierter Gesamtzustand
	Rö. Ac.: 50/73	Seit 8 Wochen Magendruck, manchmal krampfartiger Nüchternschmerz im Epigastrium. Immer empfindlich gegen fette Speisen.	
were narbige Ver- erungen und Ver- ungen am Magen- gang nach Ulcus tr. perforatum	Rö. Ac.: 54/65	Im Mai 1938 erstmalig krampfartige Schmerzen; nach körperlicher Anstrengung akute Magenperforation. Großes Ulcus praepyloricum der Vorderwand, das übernäht wurde. Seit 8 Tagen etwa $1^1/_2$ Std. nach dem Essen wieder bohrender Schmerz.	
	Rö. Ac.: 13/27	Vor 14 Tagen erstmalig Magenkrämpfe mit Erbrechen. Gestern abermals erbrochen. Im Erbrochenen fanden sich Speisereste, die vor 16 Std. eingeführt wurden.	Kauunfähiges Gebiß
	Rö. Ac.: 8/21	Im Sommer 1937 erstmalig Magenkrämpfe. Brechreiz und Aufstoßen. Völlegefühl. Verträgt jede Nahrung. Am 10. 8. 38 bei Durchleuchtung kein Anhalt für Ulcus. Erhöhte Magenmotorik.	
	Rö. Ac.: 40/68	Seit 7 Jahren zuviel „Magensäure". In letzter Zeit wieder „Magenweh" unabhängig vom Essen, meist durch Aufregung.	Vasomotorische Zeichen. Eltern verstorben an Ca. ventriculi.
	Rö. Ac.: 10/25	Seit 7—8 Jahren zeitweilig Druck und Magenschmerzen nach dem Essen; saures Aufstoßen. Seit 1 Jahr Zunahme der Beschwerden, Gewichtsabnahme. Nie ärztlich behandelt.	äußerst defekte Zähne
	Rö. Ac.: 4/16	Seit 2 Jahren periodisch rezidivierende Schmerzen in der Magengrube. Verträgt weder Fleisch noch Bratkartoffel.	

1	2	3	4	5	6
27	17. 11. 38 H. W.	39	m	Arbeiter	Ulcus duodeni.
28	17. 11. 38 H. E.	34	m	Mechaniker	Ulcus duodeni (Megabulbus mit Vorderwandnisch
29	21. 11. 39 Sch. E.	33	w	Stenotypistin	Ulcus duodeni (Kleeblattförmiger Bulbus mit Enfa Nische), starke Entleerungsverzögerung.
30	21. 11. 38 M. M.	30	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni. (Relativ großer Rest noch nach 7 St
31	8. 12. 38 K. F.	55	m	Klempner (Brauerei)	Ulcus ventriculi penetrans der kleinen Kurvat Gastritis.
32	8. 12. 38 B. O.	42	m	Schlosser	Ulcus duodeni. Praepylorische Spasmen mit höhtem Pylorustonus.
33	16. 12. 38 G. H.	35	m	Gutsverwalter, jetzt Büroangestellter	Ulcus duodeni (Megabulbus in Kleeblattform, Enfa Nische dicht hinter dem Pylorus).
34	20. 12. 38 F. R.	44	m	Bergarbeiter (jetzt Maschinist)	Ulcera duodeni. Flüchtig wandernde Spasmen r erhöhtem Pylorustonus. 2 Enface-Nischen.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 35 47	Am 23. 8. 38 hier stationär behandelt wegen Ulcus duodeni. Nach Entlassung beschwerdefrei bis vor 1 Mon. Jetzt wieder krampfartige Oberbauchschmerzen besonders morgens. Nach dem Essen Besserung. Häufig Erbrechen.	
	Rö. Ac.: 41 51	Seit 1 Jahr periodisch rezidivierende krampfartige Schmerzen bei leerem Magen. Nach Nahrungsaufnahme Linderung für ca. 2 Std. Saures Aufstoßen; verträgt jede Kost.	Starker Raucher. Neurastheniker.
	Rö. Ac.: 27 34	Seit 3 Jahren mit längeren Intervallen Übersäuerungsbeschwerden und bohrender Schmerz im Epigastrium. Etwa 3 Std. nach der Mahlzeit. Seit 6 Wochen vermehrte Beschwerden mit Gewichtsabnahme. „Ärger schlägt auf den Magen."	Grazil, sehr defekte Zähne.
	Rö. Ac.: 13 29	Seit 1 Jahr schmerzhafter Magendruck unabhängig von den Mahlzeiten, häufig Brechreiz, verträgt kein Fett und keine Hülsenfrüchte.	Neurastheniker.
	Rö. Ac.: 36 38	Seit Mitte Juli Magenbeschwerden mit starker Gewichtsabnahme. Vorübergehend Widerwillen gegen alle Nahrung. Die Schmerzen haben bohrenden Charakter und treten unabhängig vom Essen auf. Viel Übelkeit.	Potator. Zahnverhältnisse miserabel. Alveolarpyorrhoe.
	Rö. Ac.: 5 30	Seit mehreren Jahren nach dem Essen regelmäßig Magendruck und Aufstoßen. Nüchternschmerz. Noch nie ärztlich behandelt.	Vater magenleidend. Raucher.
	Rö. Ac.: 22 45 Reichlich Leuco. im Sediment	Seit 1931 periodisch rezidivierende Magenschmerzen nach dem Essen. Übelkeit, Aufstoßen. Empfindlich gegen Gewürze, Kohl, saures Brot, Süßigkeiten. Seit 5 Wochen täglich erbrochen. Gewichtsabnahme.	Reduzierter E. u. K. Z. Zähne sehr lückenhaft. Mäßig starker Raucher.
	Rö. Ac.: 41 54	Seit März d. Js. und jetzt wieder seit September Magendruck, Völlegefühl und bohrender Schmerz. Saures Aufstoßen, morgens Übelkeit. Empfindlich gegen Fett, Fleisch, Hülsenfrüchte und saures Brot.	Zahnloser Mund, keine Prothese. Vasomotoriker.

1	2	3	4	5	6
35	22. 12. 38 D. G.	58	m	Geschirr-führer	Frisches Ulcus ventriculi des Antrums in Nähe d kleinen Kurvatur.

1	20/37 F. R.	48	m	Landarbeiter	
2	27 37 K. H.	32	m	Arbeiter	Zustand nach Billroth II. Kleine Enface-Nische (U cus ventriculi pepticum postoperativum) hinter G.-E.-Stelle.
3	58 37 M. H.	32	m	Arbeiter	Ulcus parapyloricum duodeni mit Störung der Magen entleerung.
4	61/37 Sch. R.	65	m	Oberzoll-sekretär	Ulcus duodeni.
5	143 37 K. K.	40	m	Steinsetzer	Ulcus im Pyloruskanal. Konstanter Ringspasmus d praepylorischen Abschnitt.
6	170/37 P. W.	23	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni.

7	8	9	10
rbige Pylorusstenose motorischer Insuffiz 2. bis 3. Grades h Ulcus duod. peratum.	Rö. Ac.: nicht feststellbar, da grobe Rückstände	Sommer 1931 Magenschmerzen unabhängig vom Essen mit gürtelförmiger Ausstrahlung in den Rücken. Häufig Erbrechen. März 1936 Operation wegen Geschwürsdurchbruch (Übernähung). Lebt seitdem von Kartoffelbrei, Mehlspeisen, Weißbrot, Gemüse. Verträgt kein Fleisch und Fett, häufig Durchfall mit geleeartigen Blutbeimengungen. Gewichtsabnahme.	Hager, eingefallenes Gesicht. Zahnloser Mund. Raucher.

Medizinisch-stationäre Kranke des Jahres 1937.

leerungsstörung Grades des Magens organischer Pysstenose auf dem len eines parapyschen Ulcus ventri-	Rö. Ac.: 50/60 Sarzine, Fett. Laparotomie.	Seit vielen Jahren Magenbeschwerden, die nach dem Essen auftreten. Saures Aufstoßen. Gewichtsabnahme. Verträgt nichts Gebratenes.	Stark defektes Gebiß. Alveolarpyorrhoe.
	Rö. Ac.: -2/10 Sanguis +	Seit 12 Jahren bohrende Magenschmerzen unabhängig vom Essen. Saures Aufstoßen. 1936 wegen eines chron. Ulcus duodeni Operation. Nach Entlassung erneut Beschwerden. Hat Diät nicht einhalten können.	Mutter mit 42 Jahren verstorben an „Darmfistel“
	Rö.	Schon seit seinem 15. Lebensjahre „magenleidend“. Bei leerem Magen Schmerzen von bohrendem Charakter, Nachtschmerz. Saures Aufstoßen. Verträgt kein Fett.	
	Rö. Ac.: 42 58	Seit 4—5 Jahren periodisch rezidivierende Schmerzen im Epigastrium; verträgt keine Hülsenfrüchte und Gebratenes.	
	Rö. Ac.: 52/68	Schon seit 8 Jahren unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme Schmerzen im Oberbauch, die meist im Frühjahr und Herbst auftreten. Hat öfter diät gelebt. Jetzt wieder seit 4 Wochen in besonders starkem Maße Schmerzattacken. Erbrechen, Aufstoßen.	Vasomotoriker
	Rö. Ac.: 58/74	Seit 3 Jahren Magenbeschwerden. Hastiger Esser. Oftmals Erbrechen. Kein Nachtschmerz, kein Hungerschmerz, verträgt keine Hülsenfrüchte.	

1	2	3	4	5	6
7	237 37 N. O.	57	m	Zigarren- macher	Ulcus duodeni. Schwere Magenblutung.
8	243 37 K. W.	26	m	Arbeiter	Ulcus duodeni.
9	277 37 K. R.	37	m	Bahnarbeiter	Ulcus ventriculi an der kleinen Kurvatur mit pr fusen Magenblutungen.
10	315 37 K. P.	56	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni des Recessus medialis. Bulbus-Defo mität.
11	337 37 M. H.	36	m	Geschirr- führer	Ulcus duodeni.
12	349 37 F. O.	21	m	Arbeitsmann	Ulcus duodeni im lateralen Recessus.
13	356 37 H. A.	37	w	Haus- angestellte	Ulcus duodeni mit schweren Bulbusveränderunge
14	367 37 W. W.	44	m	Invalide	Altes Ulcus duodeni.
15	417/37 G. F.	38	m	Geschirr- führer	Ulcus duodeni (linsengroße Enface-Nische).

7	8	9	10
ertikel am Recessus ralis bulbi.	Rö. Normacide	Von Jugend an häufig Magenschmerzen. 1936 Apoplexie. Seit 8 Tagen wieder Krämpfe in der Magengegend. Bluterbrechen. Starkes Durstgefühl.	Apoplektiker. Gebiß sehr lückenhaft. Diabetes mellitus gravis.
iwere narbige Demität des Bulbus.	Rö. Ac.: 42, 74	Seit 1930 häufig Erbrechen 1—2 Std. nach dem Essen. Seit Anfang d. Js. bohrende Schmerzen im Epigastrium; verträgt keine Hülsenfrüchte, Fleisch und Schmalz. Gewichtsabnahme.	Zähne leidlich in Ordnung, einige cariös.
	Rö. normacide	Seit Jahren empfindlich gegenüber sauren und süßen Speisen. Sonst keine typische Magenanamnese. Heute während des Dienstes beim Heben einer Last Übelkeit und Bluterbrechen.	Zunge pelzig belegt, Gebiß leidlich
	Rö. Ac.: 24 34 Benzidin ∅	Seit 3 Jahren periodisch rezidivierende Schmerzen, die im September 1936 besonders stark und krampfartig nach dem Essen auftraten. Brechreiz. Verträgt kein Fleisch und keinen Kohl.	Zähne schlecht
Divertikel des Duoums (Pars superior)	Rö. Benzidin +	Seit 1923 und besonders seit einem Vierteljahr wieder Magenschmerzen im Oberbauch und unter dem Brustbein. Nachtschmerz. Verträgt alle Speisen. Teerstühle.	Vater 1919 an Magen-Ca. gestorben
	Rö. Ac.: 33 '46	Seit 1934 ernährt er sich wegen häufiger Magenschmerzen von Suppen u. Weißbrot. Kann das Essen im Arbeitsdienst nicht vertragen, muß häufig erbrechen.	
	Rö. Ac.: 16/34	Schon seit 1935 Magenbeschwerden mit typischer Ulcusanamnese. Seit 2 Tagen wieder krampfartige Schmerzen unmittelbar nach dem Essen. Verträgt alle Speisen.	Zähne schlecht
ronische Veränderungen am Magenausg durch Narbenung als Ausdruck eheilter Ulcera	Rö. Ac.: 30/40	Seit 1934 mittags und abends auftretende Schmerzen in der Magengrube, die seit 6—8 Wochen an Intensität zugenommen haben. Erbrechen. Verträgt alle Speisen.	Defektes Gebiß, z. T. cariös
	Rö. Ac.: 38/50 Sanguis +	Typische Ulcusanamnese mit Hunger- und Nachtschmerz, Gewichtsabnahme.	Zähne lückenhaft. Foetor ex ore

1	2	3	4	5	6
16	433/37 B. O.	60	m	Landarbeiter	Altes Ulcus duodeni.
17	434/37 B. E.	39	m	Futtermeister	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur im Antrumte
18	445/37 R. O.	50	m	Schlosser	Ulcus duodeni.
19	638/37 W. F.	23	m	Bürogehilfe	Frisches Ulcus duodeni (Enface-Nische). Blutunge
20	661/37 B. H.	23	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni.
21	682/37 W. R.	30	m	Arbeiter	Ulcus duodeni im medialen Recessus (strahlenförmi Schleimhautfaltenbildung).
22	683/37 W. M.	53	m	Arbeiter (jetzt Post-aushilfe)	Ulcus praepyloricum ventriculi.
23	691/37 K. L.	25	w	Ehefrau	Ulcus duodeni.
24	752/37 K. H.	34	m	Landarbeiter	2 Ulcera ventriculi der Vorderwand in Corpus-Mitt
25	766/37 P. M.	70	w	Witwe	Ulcus duodeni. Blutungen. (Schlaffer Hakenmage ohne Füllungsdefekt mit herabgesetztem Pyloru tonus).

7	8	9	10
ıwere organische ränderungen am genausgang mit igastritis	Rö. Superacide	Seit 1924 krampfartiger bohrender Schmerz im Oberbauch. Hungerschmerz, häufig Erbrechen und saures Aufstoßen. Brustbeklemmung. Verträgt weder Hülsenfrüchte noch Kohl.	Gebiß cariös
	Rö. Ac.: 26 38 Sanguis +	Seit 1927 und jetzt wieder seit 8 Tagen ständiger Druck im Oberbauch unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Teerstuhl. Kein Erbrechen.	Zähne leidlich
igastritis nach gekt perforiertem epylorischem Ulcus Magenvorderwand.	Rö. superacide Sanguis: Spur	Seit 1913 Magenbeschwerden. Januar 1937 Magengeschwürsdurchbruch. Operation (Übernähung) anschließend Sippykur. Seit April Säurebeschwerden. Nacht- und Nüchternschmerz.	
rben nach abgeltem Ulcus praepycum ventriculi.	Rö. keine Ausheberung	Seit 1935 typische Ulcusanamnese. Mehrmals dunkles Blut erbrochen. Hat meistenteils diät gelebt. Heute Übelkeit mit heftigen Magenkrämpfen.	In der Familie Magenkranke
	Rö. Ac.: 30 44 Sanguis +	1929 erstmalig Magenschmerzen, besonders aber in den letzten 2 Jahren. Nachtschmerz, Hungerschmerz, oft Aufstoßen und Sodbrennen.	
	Rö. Ac.: 18 49	Seit 6—8 Wochen Schmerzen im Oberbauch unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Oft Übelkeit, besonders morgens.	Zähne schlecht
busdeformität mit m Ulcus duodeni rbige Verziehungen)	Rö. superacide Sanguis +	Seit 5 bis 6 Jahren periodisch rezidivierende Stiche in der Magengegend, unabhängig vom Essen. Nachtschmerz. Sodbrennen.	Bis auf einen Zahn völlig zahnlos
	Rö. superacide	Seit 7 Jahren „Magenleiden". Seit 2 Jahren typische Ulcusanamnese mit Hunger- und Nachtschmerz. Verträgt keine Hülsenfrüchte.	Gebiß lückenhaft
	Rö. Ac.: 12/34 Sanguis +	Seit 4—5 Wochen Magenschmerzen, die 1—2 Std. nach der Nahrungsaufnahme eintreten. Saures Aufstoßen. Gewichtsabnahme. Empfindlich gegen Fett und Hülsenfrüchte.	Einige cariöse Zähne
	Rö. keine Ausheberung	Seit 18 bis 20 Jahren Magenschmerzen, aber seit 8 Tagen mit besonderer Intensität. Hat 2 mal Blut erbrochen und an Gewicht abgenommen. Anaemisch.	Zähne fehlen fast vollständig

1	2	3	4	5	6
26	778/37 P. F.	49	m	Maurer	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur. Profuse M genblutungen.
27	809 37 G. B.	27	m	Tischler	Ulcus duodeni (erhöhter Expressionswiderstand d Pylorus).
28	818 37 A. F.	52	m	Ziegelei-arbeiter	Ulcus parapyloricum ventriculi.
29	848 37 L. W.	37	m	Stadt-angestellter	Ulcus duodeni.
30	907 37 G. W.	60	m	Dachdecker	Altes Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur (Mitt Blutungen.
31	913 37 Sch. G.	46	m	Bauarbeiter	Altes Ulcus parapyloricum ventriculi mit akuter pr fuser Magenblutung.
32	990 37 J. F.	26	m	Geschirr-führer	Ulcus duodeni. Stark erhöhter Pylorustonus.
33	1001 37 N. W.	21	m	Geschirr-führer	Ulcus duodeni mit stark erhöhtem Pylorustonus.
34	1014 37 W. St.	31	m	Landarbeiter	Ulcus parapyloricum duodeni (großer Defekt an d lateralen Kontur) mit starker Bulbusdeformität.

7	8	9	10
bige Pylorus- ose bei altem Ulcus deni	Rö. Sanguis +	Schon von 1924 an magenleidend. Typische Ulcusanamnese mit Schmerzattacken nach dem Essen. Erbrechen. Gestern Schwindelgefühl, bohrender Schmerz im linken Oberbauch und Bluterbrechen.	Mutter gestorben an Magenkarzinom. Vater am Magen operiert
	Rö. Ac.: 52 68	Seit Juni 1937 unabhängig vom Essen auftretende bohrende Schmerzen im Oberbauch rechts. Nachtschmerz. Verträgt keine Hülsenfrüchte, Kohl und saure Speisen.	Vasomotoriker
	Rö. Ac.: 24 36 Sanguis + Laparotomie	Seit 1931 periodisch rezidivierende Schmerzen unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme. Aufstoßen und Erbrechen. Jetzt wieder seit 14 Tagen Vermehrung der Beschwerden.	Starker Raucher. Fast zahnlos.
	Rö. Ac.: 13/23 Sanguis +	1933 erstmalig Magenbeschwerden. Druckgefühl nach dem Essen. Manchmal dorsal ausstrahlender Schmerz. Linderung durch Erbrechen, saures Aufstoßen, Gewichtsabnahme.	Neurastheniker. 1 Bruder magenleidend.
duhrmagen (narbig)	Rö. normacide Sanguis + BS 12/25/84	Seit 12. 9. Wühlen in der Magengegend mit Bluterbrechen. Hat sonst nie über den Magen geklagt.	Anaemie. Dementia arteriosclerotica.
	Rö. keine Ausheberung	1934 schon mal Magenblutungen mit bohrendem Schmerz im Oberbauch. Teerstuhl. Gestern Bluterbrechen.	
bige Veränderung Mitte der kleinen vatur nach abge- tem Ulcus?	Rö. Ac.: 33 53 Sanguis +	Am 19. 10. plötzlich Schmerzen im Oberbauch nach Genuß von Bohnensuppe. Hat bisher Hülsenfrüchte gut vertragen. Manchmal saures Aufstoßen, aber kein Erbrechen.	
	Rö. Ac.: 31/49	Vor 2 Jahren mit Schmerzen unter dem rechten Rippenbogenrand erkrankt. Längere Zeit beschwerdefrei. Jetzt seit 8 Tagen wieder besonders heftige Schmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Saures Aufstoßen, kein Erbrechen.	
	Rö. Ac.: 18/28 Sanguis: Spur	Seit 1935 Druckschmerz im Oberbauch. Periodisch rezidivierende Schmerzen. Saures Aufstoßen. Empfindlich gegen Fleisch und Wurst.	Zähne lückenhaft, z. T. cariös. Vasomotorischer Einschlag.

1	2	3	4	5	6
35	1015/37 B. F.	37	m	Landarbeiter	Ulcus parapyloricum ventriculi. Wandernde Spasm im Antrum bei herabgesetztem Pyloruswiderstand.
36	1041/37 Z. A.	31	m	Maurer	Ulcus duodeni. Weiter Bulbus.
37	1086/37 B. A.	63	w	Arbeiterin	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur (etwa Corp mitte).
38	1101/37 D. R.	59	m	Invalide	Ulcus penetrans an der Magenhinterwand nahe Mi der kleinen Kurvatur.
39	1114/37 R. R.	42	m	Geschirrführer	Zentrales chronisches Ulcus duodeni mit star Bulbusdeformität.
40	1144/37 G. R.	45	m	Geschirrführer	Großes penetrierendes Ulcus ventriculi der Hint wand dicht an der kleinen Kurvatur in etwa Corp mitte. Keine Stenosierung.
41	1200/37 H. J.	37	m	Postarbeiter	Ulcus duodeni mit typischer Kleeblattform des B bus. Ringspasmen im Antrum.
42	1216/37 B. K.	62	m	Kupferschmied	Penetrierendes Ulcus ventriculi der kleinen Kurva (etwa Mitte). Blutung.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 65 80	Schon seit 1924 schmerzhafte Attacken in der Magengrube unabhängig vom Essen. Zeitweise ganz beschwerdefrei. Seit 8 Tagen sind Schmerzen vermehrt, „als ob alles entzündet wäre". Dorsale Ausstrahlung. Morgens Brechreiz.	Gebiß defekt
	Rö. Ac.: 52 70	Etwa vor 5 Wochen anfallsweise Leibschmerzen, die fast täglich auftraten vor dem Essen und etwa 10 Min. anhielten. Verträgt jede Nahrung.	Gebiß sehr lückenhaft
	Rö. Ac.: 14 28	1933 erstmalig Magenkrämpfe mit Ausstrahlung in den Rücken. Seit 1 Monat etwa 2—3 Std. nach der Mahlzeit bohrender Schmerz im Oberbauch. Erbrechen.	Zähne fehlen fast alle, Rest cariös. Mann an Magenca. verstorben.
	Rö. Ac.: 22 41 BS 86 112 später BS 6 10 26	Seit April 1934 unabhängig vom Essen Schmerzen im Oberbauch zum Nabel ausstrahlend. Häufig Erbrechen. In den letzten 4 Wochen mehr bohrender Schmerz zum linken Rippenbogen hinziehend, Gewichtsabnahme. Verträgt kein Fleisch und Hülsenfrüchte.	Gebiß stark defekt, im Unterkiefer nur einige Schneidezähne.
	Rö. Ac.: 74 93	Seit 1917 magenleidend. Seit 4 Wochen wieder unabhängig vom Essen anfallsweise Schmerzattacken im Oberbauch. Kein Erbrechen.	Gebiß sehr defekt
	Rö. subacide BS 14/34/72	Vor 2 Jahren im Herbst 1—2 Std. nach dem Essen krampfartiger unter dem linken Rippenbogen ausstrahlender Schmerz, der jetzt wieder seit dem Frühjahr bemerkt wird. Verträgt kein grobes Brot.	Backenzähne lückenhaft
	Rö. Ac.: 58 70	Im März 1936 Völlegefühl mit stechendem Schmerz 4 Std. nach dem Essen. Saures Aufstoßen, Brechreiz. Nachtschmerz. Seit 3 Wochen Schmerzattacken oft unerträglich.	Gebiß lückenhaft
	Rö. keine Ausheberung	Seit 1929 Magenbeschwerden, „der Magen konnte nicht alles vertragen", Übelkeit. Im Oktober d. Js. Druck unter der linken Brustwarze ausstrahlend zum Rücken. Teerstuhl. Schwächegefühl.	Gebiß saniert

1	2	3	4	5	6
1	13/38 F. H.	26	m	Buchhalter	Ulcus duodeni mit starker Bulbusdeformität.
2	85/38 D. E.	39	w	Arbeiterin	Ulcus duodeni. Schwere Blutung.
3	95/38 B. A.	39	m	Baggerführer	Ulcus praepyloricum ventriculi. Schwerste Blutun
4	97/38 G. P.	26	m	Bauarbeiter	Ulcus duodeni mit Begleitgastritis.
5	136/38 R. F.	25	m	Arbeiter	Ulcus praepyloricum ventriculi (Antrumteil).
6	137/38 H. A.	30	m	Arbeiter	Ulcus ad pyloricum. Bulbus nicht darstellbar.
7	223/38 M. A.	60	m	Invalide	Ulcus duodeni.
8	267/38 A. A.	54	m	Landarbeiter	Ulcus penetrans der Hinterwand des Bulbus duode mit frischem parapylorischem Ulcus duodeni. M torische Insuffizienz 2. Grades.
9	306/38 St. K.	26	m	Arbeitsmann	Ulcus duodeni.

7	8	9	10
	Rö. hyperacide	Seit etwa 4 Jahren um die kalte Jahreszeit oberhalb des Nabels bohrender Schmerz vor dem Essen. Seit 4 Wochen zum Rücken ausstrahlend mit Nachtschmerz.	
	Rö. Ac.: 20 46 (Erbrochenes).	Seit Dezember 1934 typische Ulcusanamnese. Vor 2 Tagen mit Erbrechen und Schwindelgefühl wieder erkrankt. Teerstuhl.	Gebiß lückenhaft, z. T. cariös
	Rö. Ac.: 45 58 (Erbrochenes).	Seit 1 Jahr Druckgefühl in der Magengegend. Gestern Bluterbrechen und Schwindelgefühl. Teerstühle.	Anaemie. Gebiß lückenhaft. Vater an Ulcus mit Blutung hier verstorben.
	Rö. Ac.: 36 50	1934 nach dem Essen krampfartiger Oberbauchschmerz. Nachtschmerz. Sodbrennen. Gewichtsabnahme. Verträgt keine Hülsenfrüchte.	
	Rö. Ac.: 44 61	Sommer 1937 Magenschmerzen nach dem Essen, kurz danach Erbrechen. Saures Aufstoßen. Empfindlich gegen Kohl und saure Speisen.	Gebiß lückenhaft, z. T. cariös.
	Rö. Ac.: 53 62	Schmerzen im Oberbauch nach dem Essen schon seit 1931. Längere beschwerdefreie Intervalle. Erbrechen. Völlegefühl. Verträgt alle Speisen.	Gebiß defekt
	Rö. Ac.: 36 50 Sarzine	Seit Februar 1930 stechender Schmerz im Oberbauch. Nach Nahrungsaufnahme Besserung. Auftreten der Beschwerden im Frühjahr und Herbst.	Stark lückenhaftes Gebiß
	Rö. Ac.: 37 52 Laparotomie	Im September 1931 erstmalig Schmerzen, die unabhängig vom Essen auftraten. Nachtschmerz. Sodbrennen. Empfindlich gegen Fett, Hülsenfrüchte und Saures. Jetzt seit 14 Tagen wieder stärkere Beschwerden mit Erbrechen.	Zahnlos. Starker Raucher. Vasomotoriker.
	Rö. Ac.: 31 55 Hefe	Seit v. J. periodisch rezidivierender Druck in der Magengrube unabhängig vom Essen. Aufstoßen und Erbrechen.	

1	2	3	4	5	6
10	378/38 Sch. A.	57	m	Landarbeiter	Ulcus ventriculi in Mitte der kleinen Kurvatur n spastischer Einziehung der Majorseite.
11	403/38 R. A.	29	m	Landarbeiter	Altes Ulcus parapyloricum duodeni. Frisches Uld an der G.-E.-Stelle bei G.-E. retrocolica posteri Blutung.
12	408/38 T. K.	59	m	Militär-invalide	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur im Antrumt
13	415/38 P. H.	57	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni.
14	443/38 M. S.	42	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni am medialen Recessus.
15	445/38 O. H.	24	m	Holzarbeiter	Ulcera duodeni im oberen und unteren Recessus.
16	473/38 Th. A.	56	m	Installateur	Ulcus duodeni mit starker Bulbusdeformität.
17	478/38 T. O.	40	m	Landarbeiter	Ulcus parapyloricum ventriculi.
18	488/38 H. M.	58	w	Ehefrau	Ulcus duodeni.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 32 58	Seit mehreren Jahren kranker Magen. Vor 14 Tagen wieder Druckgefühl im Oberbauch unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Gewichtsabnahme.	Fast zahnlos. Paradentose.
	Rö. keine Ausheberung	1929 wegen bohrender Magenschmerzen mit Blutung operiert. Bei Diätfehlern Rezidivierung der früheren Beschwerden. Gestern erkrankt unter starkem Schmerz mit Übelkeit und Bluterbrechen.	
bige Verziehungen abgeheiltem Ul- parapyloricum ven- li.	Rö. Ac.: 32 66	Schon seit 1926 im Frühjahr und Herbst auftretende bohrende Schmerzen im Oberbauch kurz nach Nahrungsaufnahme. Sodbrennen. Völlegefühl.	Zahnprothese
	Rö. Ac.: 16 32	Vor 2 Jahren ziehende Schmerzen zwischen Nabel und Brustbein, die anfallsweise auftraten kurz nach der Nahrungsaufnahme. Verträgt keine Hülsenfrüchte und Kohl.	Schlechtes cariöses Gebiß. Vater verstorben an Magen-Ca.
	Rö. Ac.: 58 80	Seit 4—6 Wochen anfallsweise auftretender krampfartiger Schmerz in der Magengegend. Aufblähung, saures Aufstoßen.	Zähne schlecht gepflegt.
	Rö. Ac.: 62 78	Seit März 1936 mit kurzen beschwerdefreien Intervallen typische Ulcusanamnese mit Nacht- und Hungerschmerz.	Gebiß lückenhaft. Vegetative Neurose.
chrumpfter ialer Recessus ben?).	Rö. Ac.: 26 42	Im April Schmerzen in der Magengrube. Hungerschmerz. Nachtschmerz. Aufstoßen, kein Erbrechen.	Ober- und Unterkieferprothese. Vasomotoriker.
	Rö. Ac.: 56 79	Seit 1 Monat ziehende Schmerzen nach dem Essen. Verträgt jede Kost.	Zähne teilweise ausgefallen. Rest cariös.
chgroßes denaldivertikel der horiz. sup. duo-	Rö. Ac.: -1/19 Milchsäure ∅ Hefe	Seit 3 Wochen etwa 5 mal täglich in längeren oder kürzeren Abständen krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Kein Erbrechen.	zahnlos

1	2	3	4	5	6
19	520 38 K. G.	40	m	Stellmacher	Ulcus ad pyloricum ventriculi. Spastisch erhöht Pylorustonus.
20	534 38 O. K.	33	m	Arbeiter	Ulcus ventriculi an der Hinterwand des Antrum Blutung.
21	540 38 S. W.	28	m	Dachdecker	Ulcus ad pyloricum ventriculi an der großen K vatur. Ulcus duodeni des medialen Recessus.
22	575 38 K. G.	55	m	?	Blutungen.
23	578 38 C. M.	31	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni.
24	580 38 B. G.	47	m	Landarbeiter	Ulcus ventriculi in Nähe der kleinen Kurvatur (A gulus ventriculi).
25	604 38 S. P.	39	m	Fleischer	Ulcus duodeni.
26	620 38 W. W.	45	m	Invalide	Ulcus duodeni.
27	644 38 B. A.	66	w	Ehefrau	Frisches Ulcus duodeni.
28	654 38 S. P.	27	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni mit erhöhtem Pyloruswiderstand.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: -6 16	Seit 1/4 Jahr ziehende Schmerzen etwa 10 Min. nach dem Essen. Verträgt kein Fett und keine Wurst.	Zähne z. T. ausgefallen, Rest schlecht. Paradentose.
	Rö. keine Ausheberung	Heute morgen auf dem Wege zur Arbeitsstelle Schwindel, Zusammenbruch, Bewußtlosigkeit. Erbrechen von schwarzem Blut.	Neurastheniker
	Rö. Ac.: +84/92	Vor 2 Jahren schon einmal Blut gebrochen. Am 13. 1. hier stationär behandelt wegen schwerer Magenblutung. Jetzt wieder nach dem Essen bohrende Schmerzen über dem Nabel.	
bige Veränderungen im Bereich des rus bei altem Ulparapyloricum duo-. Kirschgroßes denaldivertikel.	Rö. keine Ausheberung	Seit 1934 periodisch rezidivierende Magenschmerzen.	
	Rö. Ac.: 68 91	Seit 3—4 Tagen Schmerzen im Oberbauch ohne Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme und der Art der Nahrung. Saures Aufstoßen.	Vasomotoriker
	Rö. Ac.: —4 14 Hefe	Seit 2 Jahren periodisch rezidivierende Schmerzen im Oberbauch. Vor 2 Mon. im Mai wieder Spannungsgefühl und Druck unabhängig vom Essen.	Zähne sehr lückenhaft
	Rö. Ac.: 64 79 Hefe	Anfang 1936 unabhängig vom Essen Schmerzattacken in der Magengrube, die seit 3 Wochen an Intensität zugenommen haben. Kein Erbrechen.	Zähne sehr defekt
	Rö. subacide	1934 krampfartige zum Rücken und in die Brust ausstrahlende Schmerzen. Verträgt keine Kartoffeln.	Zähne defekt
onische Veränderung des Magens — 2. Drittel der großen Kurvatur — im e eines Sanduhrens auf der Basis Ulcera. Keine ose.	Rö. Ac.: —20/12 Milchsäure negativ BS 43/68/112	Seit Februar d. Js. stark an Gewicht abgenommen. Im März nach dem Essen Erbrechen und krampfartiger Schmerz, deshalb vorwiegend flüssige oder breiige Ernährung.	Zähne defekt. Mutter an Magen-Ca. verstorben.
	Rö. Ac.: 18/26	Seit 10 Tagen besonders nach Hülsenfrüchten krampfartiger Schmerz in der Magengegend. Durchfall. Schwindelanfälle.	Vasomotorischer Einschlag

1	2	3	4	5	6
29	704 38 R. P.	24	m	Dreher	Ulcus duodeni. Profuse Magenblutung.
30	708 38 B. F.	44	m	Zahnarzt	Ulcus duodeni. Schwere Blutung.
31	718 38 M. H.	34	m	Landarbeiter (früher Bergmann)	Ulcus ventriculi in Mitte der kleinen Kurvatur.
32	720 38 H. H.	38	m	Arbeiter	Ulcus penetrans ventriculi an der Hinterwand Nähe der kleinen Kurvatur (Angulus ventriculi).
33	744 38 T. F.	45	m	Schlosser	Ulcus duodeni. Schwere Blutung.
34	747 38 U. J.	71	m	Invalide	Altes Ulcus duodeni.
35	789 38 K. W.	58	m	Buchhalter	
36	797/38 I. A.	61	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni. Schwere Blutung.
37	807 38 H. W.	46	m	Arbeiter	Callöses Ulcus duodeni (sternförmige Einstrahlu der Schleimhautfalten).
38	834 38 W. J.	39	m	Landarbeiter	2 nebeneinander liegende Ulcera duodeni parapy rica der Hinterwand. Keine Stenose.

7	8	9	10
	Rö. keine Ausheberung	Gestern morgen bei der Arbeit plötzlich Schwindelanfall mit Bluterbrechen. Bislang ohne Beschwerden gewesen.	
	Rö. Ac.: keine Ausheberung	Schon öfter Magenbeschwerden gehabt seit 2 Jahren. Heute nacht plötzlich ohne Anlaß Bluterbrechen.	Sehr starker Raucher
	Rö. Ac.: —4/12	Seit Herbst 1935 periodisch rezidivierende Magenschmerzen. Nachtschmerz. Manchmal Schwindelanfälle. Verträgt jede Kost.	Bruder Magenblutungen. Vasomotorischer Einschlag.
ben nach altem us parapyloricum deni mit Stenoung. Gastrektasie.	Rö. Ac.: 19/32	1932 drückende Schmerzen in der Magengrube besonders nach süßen Speisen; saures Aufstoßen. Vor 14 Tagen vermehrte Schmerzanfälle.	Zähne z. T. cariös. Nikotinabusus.
	Rö. Ac.: keine Ausheberung	Mitte Juli an leichter Angina erkrankt mit etwas Magendruck, der jetzt nach 4 Wochen noch besteht. Gestern Bluterbrechen.	Zähne cariös. Nikotinabusus.
bige Verziehungen Bulbus.	Rö. Ac.: 44/64 Hefe	1920 mit jahrelangen beschwerdefreien Intervallen Schmerzattacken, die ringförmig um den Leib ausstrahlen. Jetzt seit 8 Tagen wieder die gleichen Beschwerden kurz nach dem Essen mit Völlegefühl und Aufstoßen.	Zähne noch leidlich, Paradentose.
anische Pylorusose auf dem Boden r parapylorischer era duodeni.	Rö. Ac.: 78/99	1930 Geschwür am Magenausgang. Damals Schmerzen 2—3 Std. nach dem Essen mit Erbrechen. Nach beschwerdefreiem Intervall 1936 Magenblutung. Vor 2 Monaten erkrankt mit krampfartigen Schmerzen in der Magengegend ohne Erbrechen.	Ober- und Unterkieferprothese
iduodenitische Adsionen.	Rö. keine Ausheberung	Schon häufiger Magenkoliken. Jetzt wieder seit 3 Wochen etwa 2—3 Std. nach dem Essen; saures Aufstoßen. Gestern schwarzes Blut erbrochen, ohnmächtig.	Gebiß defekt
	Rö. Ac.: 36/40	Schon seit 1926 Magenleiden. Periodisch rezidivierende Schmerzen 1—2 Stunden nach dem Essen. Saures Aufstoßen.	Astheniker
	Rö. Ac.: 54/64	1933 Magenkrämpfe gleich nach dem Essen, die alljährlich im Frühjahr und Herbst wiederkehren. Saures Aufstoßen, Erbrechen.	Zähne sehr schlecht

1	2	3	4	5	6
39	839 38 M. E.	43	m	Arbeiter	Ulcus duodeni.
40	881 38 G. A.	24	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni. Weiter Bulbus mit gipfeliger Au ziehung.
41	899 38 R. H.	35	w	Haus- angestellte	Ulcus duodeni. Megabulbus.
42	942 38 B. K.	69	m	Invalide	Blutungen.
43	974 38 M. O.	50	m	Reichsbahn- ladeschaffner	Ulcus duodeni.
44	977 38 S. E.	24	m	Landarbeiter	
45	986 38 K. A.	18	m	Landarbeiter	Zentralliegendes Ulcus duodeni.
46	1080 38 Z. E.	43	m	Landarbeiter	Schwere profuse Blutung, wahrscheinlich aus Ulcu duodeni.

7	8	9	10
ɔige Verziehungen Bulbus.	Rö. Ac.: 54/63	Schon seit 1928 Erbrechen gleich nach dem Essen mit bohrendem Schmerz. Oft vom Hausarzt behandelt worden. Jetzt wieder seit 4 Wochen die gleichen Beschwerden.	Zähne defekt
duodenitische Adionen.	Rö.	Seit 2 Jahren anfallsweise vor dem Essen auftretende bohrende Schmerzen in der Magengrube. Verträgt keine Hülsenfrüchte, Kohl, saures Brot.	Zähne defekt. Vasomotorischer Einschlag.
	Rö. Ac.: 59 '00	Etwa seit 3 Wochen nach dem Essen Schmerzen im Oberbauch. Bitteres Aufstoßen und Erbrechen. Gewichtsabnahme.	Zahnloser Unterkiefer, Prothese. Vasomotorisch. Vater Magenkarzinom.
anische Pylorusɔse auf dem Boden s alten Ulcus ad ricum ventriculi.	Rö. keine Ausheberung	Nach Hustenattacken gestern plötzlich schwarzes Blut erbrochen und Schmerzen im Oberbauch, die er früher nie gekannt hatte.	Zähne stark defekt, schlecht gepflegter Rest. Früher Nikotinabusus.
	Rö. Ac.: — 11 10 Milchsäure negativ BS 4/7/31	1927 gleich nach dem Essen kolikartige Oberbauchschmerzen, die sich im Frühjahr und Herbst oftmals wiederholten. Saures Aufstoßen. Jetzt seit 8 Tagen erneut Beschwerden. Verträgt alle Speisen.	Gebiß stark defekt. Paradentose. Mutter Gallenblasenkarzinom.
iehungen des Bulduodeni durch ig abgeheilte Ul-	Rö. Ac.: 52/63	Angeblich erst seit 20 Tagen 1—2 Std. nach dem Essen heftige Schmerzanfälle. Nach Erbrechen Linderung. Saures Aufstoßen.	
	Rö. Ac.: 1/17	Etwa seit 8 Wochen schon nach wenig Nahrungsaufnahme Sättigungsgefühl. Kurz danach Schmerzen, Aufstoßen und Sodbrennen. Gewichtsabnahme.	
	Rö. keine Ausheberung	Seit Juni 1938 etwa 2 Std. nach dem Essen Schmerzen im linken Oberbauch. Völlegefühl und saures Aufstoßen. Gestern Bluterbrechen.	Zähne schlecht gepflegt. Paradentose.

1	2	3	4	5	6
47	1094/38 B. H.	54	m	Kupfer-schmied	Schwere Blutung, wahrscheinlich aus Ulcus duoden
48	1145/38 M. A.	28	m	Geschirr-führer	Ulcus ventriculi der kleinen Kurvatur. (Nähe Ar trum). Spastisch stehende Einziehung der große Kurvatur.
49	1171/38 Sch. E.	32	w	Ehefrau (früher Arbeiterin der Ago).	Ulcus duodeni. Kleeblattform des Bulbus mit zen traler Enface-Nische.
50	1176/38 B. G.	56	m	Schlosser	Ulcus parapyloricum duodeni mit geringer Ent leerungsverzögerung.
51	1184/38 L. E.	36	m	Landarbeiter	Ulcus parapyloricum duodeni.
52	1194/38 N. O.	55	m	Landarbeiter	Ulcus penetrans ventriculi der kleinen Kurvatur ober halb des Angulus ventriculi. Contralateral seicht stehende Einziehung der großen Kurvatur.
53	1218/38 Sch. W.	47	m	Arbeiter	

1	47/37 R. O.	50	m	Schlosser	Ulcus praepyloricum ventriculi perforatum (Vorder wand). Erbsengroßer Defekt, allgemeine Peritoniti

7	8	9	10
	Rö. keine Aus-heberung	Heute nach Genuß von Bohnensuppe Völlegefühl. Er versuchte durch Erbrechen sich Linderung zu verschaffen. Im Erbrochenen viel schwarzes Blut.	Nikotinab-usus. Zähne lückenhaft. Vater an Gallenblasen-Ca. gestorben
	Rö. Ac.: 15 37	Seit Juli 1937 nach dem Essen Druck in der Magengrube. Nachtschmerz. Sodbrennen. Erbrechen.	Gebiß lückenhaft
	Rö. Ac.: 27 34	Seit 2—3 Jahren im Frühjahr und Herbst auftretende krampfartige Schmerzen mehrere Stunden nach der Nahrungsaufnahme. Verträgt keine Hülsenfrüchte, saures Brot und Kohl.	Vaso-motorischer Einschlag
ertikel der Pars lz. sup. duodeni.	Rö. Ac.: 41 59 Hefe	Schon 10 Jahre mit längeren Intervallen Koliken in der rechten Oberbauchpartie, nach links ausstrahlend. Meist im Gefolge von Erkältungen. Letzte Kolik vor 5 Monaten, dazwischen leichtere Anfälle. Verträgt keine blähenden und sauren Speisen.	Gebiß lückenhaft
	Rö. Ac.: 54 74	1924 erstmalig Magenbeschwerden, die im Frühjahr und Herbst sich meistens wiederholten. Erbrechen. Verträgt keine sauren Speisen und Fett.	Zähne lückenhaft
	Rö. Ac.: 36 40	Im Juli 1938 krampfartige Schmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme und Art der Speisen. Erbrechen. Seit einer Woche sind die Beschwerden ungewöhnlich stark.	
onisch-narbige Ver- erungen am Magen- gang mit Stenosie- g 2. Grades auf dem en eines alten us.	Rö. Ac.: 28/43 Hefe, Sarzine	Seit Mitte d. Js. nach dem Essen krampfartige Schmerzen. Saures Aufstoßen und Völlegefühl. Vor 2 Wochen Zunahme der Schmerzanfälle. Verträgt jede Speise.	Gebiß lückenhaft

Chirurgisch-stationäre Kranke des Jahres 1937.

	Klinisch Laparotomie	Schon seit mehreren Jahren Schmerzen in der Magengrube und Säurebeschwerden. In der letzten Woche Zunahme der Schmerzattacken und heute maximalste Steigerung gegen 15^{00} mit Erbrechen und Ohnmacht. Einlieferung um 20^{00}.	

1	2	3	4	5	6
2	53/37 M. F.	47	m	Landarbeiter	Parapylorisches Ulcus ventriculi der Vorderwand.
3	288/37 M. G.	67	m	Landarbeiter	
4	768/37 L. E.	52	m	Straßenwärter	Ulcus praepyloricum ventriculi perforatum (Hinterwandmitte). Kleinfingerkuppengroßer Defekt. Allgemeine Peritonitis mit blutig-serösem Exsudat.
5	915/37 M. J.	49	m	Arbeiter	Ulcus duodeni am Recessus superior. Megabulbus
6	998/37 O. K.	29	m	Ziegeleiarbeiter	Parapylorisches Ulcus duodeni.
7	1115/37 F. E.	17	w	Saisonarbeiterin	Ulcus duodeni.

7	8	9	10
te Verwachsungen nenhafter Natur chen aufsteigen- Duodenum und enblase. Ebenso er Strang von der derwand des Ma- s unterhalb des Py- s zur Gallenblase end als Ausdruck r Periduodenitis. rdurch verursachte osierende Ein- hürung 2. Grades praepylorischen genanteils.	Rö. Ac.: 60/73 Laparotomie	Seit 1934 Magenschmerzen gleich nach dem Essen und saures Aufstoßen. In den letzten Wochen zunehmende Gewichtsabnahme. Wegen gehäuften Erbrechens vorsichtige Ernährung durch breiige Kost.	Neurastheniker. Zähne stark defekt und cariös.
totale Pylorus- ose auf dem Boden zwei narbig abge- ten parapylorischen era ventriculi in der ie der großen Kur- ur. Periduodeniti- e Adhaesionen.	Rö. Laparotomie	Seit mehreren Jahren nach der Nahrungsaufnahme Schmerzattacken mit Brechneigung. In den letzten Monaten gehäuftes Erbrechen, manchmal von unverdauten Speisen.	Emphysematiker. Zahnlos.
	Klinisch Laparotomie	Seit 1930 häufig Magenschmerzen gleich nach Nahrungsaufnahme. Gestern nachmittag bei der Arbeit plötzlich stechender Schmerz in der Magengrube mit Ohnmachtsanfall und kaltem Schweißausbruch. Erbrechen mit Blut. Einweisung am nächsten Tag (1.7.) wegen Ileusverdachts.	Kollapszustand. Facies abdominalis. Bruder von Nr. 11.
	Rö. Ac.: 16/40	Seit 4 oder 5 Jahren bohrende Magenschmerzen, manchmal mit Bluterbrechen. Öfter in hausärztlicher Behandlung. Vor 5 Tagen mit verstärkten Beschwerden erkrankt, die 1—2 Std. nach dem Essen auftraten. Nachtschmerz, saures Aufstoßen; appetitlos.	Neurastheniker
	Rö. superacide	Im Herbst 1936 öfter Brechreiz mit Schmerzanfällen im Oberbauch. Hungerschmerz. Im Frühjahr und Herbst Rezidivierung der Beschwerden.	Vasomotoriker
	Rö. normacide	Winter 1936 schon mal Magenschmerzen. Verträgt kein Fleisch, muß dann erbrechen. Seit gestern wieder heftige Oberbauchschmerzen, angeblich Benommenheit.	Zähne defekt, z. T. cariös.

1	2	3	4	5	6
8	1295/37 W. F.	34	m	Schmied	Praepylorisches Ulcus callosum ventriculi perforatu (Vorderwand).
9	1335/37 K. A.	24	m	Schmied	Ulcus duodeni. Kleiner Bulbus, narbig verändert
10	1376/37 B. O.	39	m	Motorführer	Parapylorisches Ulcus duodeni.
11	1418/37 L. G.	56	m	Kutscher	Parapylorisches Ulcus callosum ventriculi perforatur (Vorderwand in Nähe der kleinen Kurvatur).

1	153/38 P. W.	36	m	Arbeiter	Ulcus ventriculi perforatum (praepylorisch in Vorder wand-Mitte).
2	343/38 A. A.	53	m	Arbeiter	Parapylorisches Ulcus callosum duodeni. Stenc sierung.
3	553/38 L. F.	27	m	Fleischer	Praepylorisches Ulcus ventriculi callosum perforatur (Vorderwand in Nähe der kleinen Kurvatur).

7	8	9	10
	Klinisch Laparotomie	Seit 4 Jahren periodisch rezidivierende Schmerzen unabhängig von den Mahlzeiten. Vor einigen Tagen erneuter Eintritt der Beschwerden, heute nachmittag gegen 19 Uhr plötzlich stechender Schmerz im Oberbauch, Zusammenbruch, Übelkeit. Einlieferung gegen 24 00.	
	Rö. Ac.: 18 31	Schon seit längerer Zeit Schmerzen im Oberbauch unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Nachtschmerz. Die Beschwerden sollen zum Frühjahr und Herbst sich einstellen. Jetzt wieder seit 10 Tagen Schmerzanfälle.	Zähne stark defekt.
	Rö.	1925 erstmalig Magenschmerzen, die seit Frühjahr 1937 besonders stark und um den Nabel herum lokalisiert sind. Nachtschmerz.	Zähne in schlechtem Zustand.
	Klinisch Laparotomie	Seit 6 Jahren periodisch rezidivierende Schmerzen im Oberbauch, die 1 Std. nach dem Essen auftreten. Sodbrennen. Heute morgen gegen 4 Uhr plötzlich stichartiger Schmerz in der Magengrube mit Zusammenbruch. Einweisung gegen 12 00.	Zähne defekt. Vasomotoriker. Bruder von Nr. 4.

Chirurgisch-stationäre Kranke des Jahres 1938.

	Klinisch Laparotomie	Schon seit 10 Jahren Magenschmerzen und Säurebeschwerden. Vorgestern ziehende Schmerzen besonders rechts im Mittelbauch. Heute Verstärkung der Beschwerden mit Erbrechen.	
itrandige Verhsungen zwischen s pylorica und er.	Rö. Laparotomie BS 21/32/63	Seit September 1931 unabhängig vom Essen Schmerzanfälle in der Magengegend. Nachtschmerz. Sodbrennen. Herbst 1936 und Juni 1937 wieder unter gleichen Beschwerden erkrankt. Seit 3 Wochen ungewöhnlich starker stechender Schmerz, gehäuftes Erbrechen.	Nikotinabusus. Zahnverhältnisse sehr schlecht. Vasomotorischer Einschlag.
	Klinisch Laparotomie	Leidet seit 14 Tagen an Magenschmerzen. Heute morgen beim Aufwinden eines Drahtseils auf eine Seilwinde plötzlich „heftiger Riß" im Oberbauch, Ohnmacht.	

1	2	3	4	5	6
4	1387/38 H. H.	46	m	Former	Praepylorisches Ulcus ventriculi perforatum (linsengroßer Defekt der Hinterwand).
5	1428/38 P. G.	38	m	Landarbeiter	Ulcus duodeni.
6	1452/38 R. A.	55	m	Arbeiter	Chron. callöses Ulcus duodeni der Hinterwand.
7	1458/38 H. O.	51	m	Arbeiter	Magen-Colonfistel nach Gastroenterostomia retrocolica posterior bei chron. Ulcus parapyloricum ventriculi.

7	8	9	10
	Klinisch Laparotomie	Vor 8 Tagen „habe er sich gegen den Bauch gestoßen und verspüre seitdem Schmerzen . . .“ Sodbrennen. Heute morgen plötzlich heftiger stichartiger Schmerz in der Magengrube mit Erbrechen.	Zähne mangelhaft
	Rö. superacide	Etwa seit 14 Tagen bohrender Schmerz in der Magengrube unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Völlegefühl, Nüchtern- und Hungerschmerz. Alle Speisen werden vertragen.	
	Rö. Laparotomie	Schon seit 1928 Brechreiz unabhängig vom Essen. Oft plötzlich auftretende Schmerzen von krampfartigem Charakter. Sodbrennen.	Gebiß defekt
	Rö. Ac.: 5/32 Hefe, Bakterien. Faekulent.	Nach dem Kriege Magenbeschwerden. 1923 deshalb operiert (hintere G. E.). 1931 erneut Leibdruck. März 1933 Diätkur anläßlich des Krankenhausaufenthaltes. Kurze Zeit danach kotiges Aufstoßen, das sich im Laufe der Zeit verstärkt hat. Gewichtsabnahme.	Gebiß lückenhaft, viele cariöse Zähne.

Nachstehend sind nun sämtliche ambulanten, medizinisch-stationären sowie chirurgisch-stationären Fälle von Ulcus pepticum (Gesamtzahl 186) nach Alter und Geschlecht tabellarisch eingeordnet. Zugleich habe ich die Anzahl der in den Jahres-Abschnitten durchgeführten ambulanten Magendurchleuchtungen bzw. die entsprechende Jahresbeleg-Ziffer der betr. Abteilung mit angegeben. Es ergibt sich folgendes Bild:

Übersicht der Vorkommnisse von peptischen Geschwüren.

Alter	Ambulante Kranke 1937		Ambulante Kranke 1938		Mediz.-stat. Kranke 1937		Mediz.-stat. Kranke 1938		Chir.-stat. Kranke 1937		Chir.-stat. Kranke 1938		Summe
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	
10—19				2			1			1			4
20—29	9	2	7	1	8	1	12		2		1		43
30—39	13	1	7	4	13	1	9	4	2		2		56
40—49	5		8	1	7		11		2		1		35
50—59	5	1	4		6		11	1	3		3		34
60—69		2		1	4	1	3		1				12
70—79						1	1						2
80—89													
Summe	32	6	26	9	38	4	48	5	10	1	7		186
	Gesamtzahl der ambulanten Magendurchleuchtungen = 210		= 203		Gesamtzahl der stationären Kranken = 1280		= 1276		= 1561		= 1459		

Das Verhältnis des Ulcus ventriculi zum Ulcus duodeni ebenfalls nach Alter und Geschlecht der Patienten geordnet, ist durch nachstehende Tabelle ausgedrückt.

Alter	Ulcus ventriculi		Ulcus duodeni		Summe
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
10—19			1	3	4
20—29	9	1	30	3	43
30—39	14		32	10	56
40—49	16	1	18		35
50—59	14		18	2	34
60—69	4	3	4	1	12
70—79			1	1	2
80—89					
Summe:	57	5	104	20	186

Carcinoma ventriculi.

Lfd. Nummer	Protokoll Nr. Name	Alter	Geschlecht	Beruf	Sitz des Karzinoms und Besonderheiten
1	2	3	4	5	6
1	22. 1. 37 H. M.	66	w	Ehefrau	Karzinom des Corpus ventriculi. Füllungsdefekt Corpusmitte mit taillenartiger Verengerung von d Majorseite her. Im Antrumteil kräftige breitwandig Peristaltik. Herabgesetzter Pylorustonus.
2	8. 3. 37 H. F.	60	w	Ehefrau	Praepylorisches Carcinoma ventriculi der klein Kurvatur.
3	1. 4. 37 D. H.	56	m	Maschinen-meister	Carcinoma ventriculi des Antrumteils. Passag störung. Motorische Insuffizienz 1.—2. Grades.
4	5. 4. 37 M. K.	61	m	Obersekretär	Pylorus-Karzinom des Magens ohne wesentliche Er leerungsstörung. Verengerung und Starre des P loruskanals mit Füllungsdefekt besonders der klein Kurvatur in Pylorusnähe.
5	22. 11. 37 R. G.	47	m	Geschirr-führer	Tiefe Ulcusnische an der kleinen Kurvatur im A trumteil. Unmittelbar daran anschließend groß Füllungsdefekt der Minorpartie. Entleerungsverzög rung über 6 Std. Karzinom auf dem Boden ein Ulcus.
1	25. 2. 38 H. F.	72	m	Steinsetz-meister	Füllungsdefekt mit Stenose der Kardia. Starke Dil tatio des Oesophagus.

Ambulante Kranke des Jahres 1937.

Ulcus-Karzinom a) sicher b) wahrscheinlich	Diagnostik mit Hilfe der int. Mittel, des Rö.-Verfahrens sowie der chirurgischen Autopsie.	Zeitpunkt des Beginns und Besonderheiten der Beschwerden	Anmerkung
7	8	9	10
	Rö. Ac.: —4 — 8	Seit 3 Monaten dumpfer Schmerz in der Oberbauchgegend. Appetitlosigkeit und starke Gewichtsabnahme.	Zähne stark defekt und cariös. Laparotomie empfohlen.
	Rö. Ac.: —10 12 Milchsäure 0 Benzidin + Laparotomie	Seit 6—8 Wochen nach jedem Essen ständig Magendruck. Darf sich nicht sattessen, trotzdem sie oft Heißhunger habe. Gewichtsabnahme. Habe viel Sorgen in ihrem Leben gehabt.	
	Rö. Ac.: 22 34	Seit Dezember 1936 ständig Magendruck, oft auch nachts. Spannungsgefühl in der Lebergegend. Zunehmende fahle Gesichtsfärbung. Verträgt kein Fett und Eier.	Laparotomie empfohlen.
	Rö. Ac.: —2/12 Milchsäure 0 Sanguis +	Etwa seit 4—5 Monaten fühle er sich nicht recht wohl und klage über Druck im Oberbauch, zugleich hochgradige Appetitlosigkeit mit Abmagerung.	Baldige Operation empfohlen.
rscheinlich	Rö. Ac.: —20 16 Milchsäure + Sanguis 0 mikroskopisch viel Hefe, Leuco., Milchsäurebazillen	Seit Frühjahr 1937 wenig Appetit. Empfindlich gegen grobes Brot. Die Schmerzen bestehen dauernd und strahlen nach dem Essen nach links zum Rücken aus. Bei Anstrengung verspüre er eine Spannung im Oberbauch. Gewichtsabnahme.	Zähne lückenhaft. Laparotomie empfohlen.

Ambulante Kranke des Jahres 1938.

	Rö.	Seit $^1/_2$ Jahr Schluckstörungen, sodaß er seit 5 Wochen sich nur noch flüssig ernähren kann. In den letzten Tagen werden sogar eben aufgenommene Speisen wieder erbrochen. Quälender Druck im Oberbauch.	Witzelfistel empfohlen. Reduzierter Gesamtzustand.

1	2	3	4	5	6
2	7. 4. 38 R. L.	71	m	Straßenbahn-schaffner (jetzt Invalide)	Antrumkarzinom des Magens.
3	26. 4. 38 K. H.	68	m	Rentner (früher Kaufmann)	Stenosierendes Kardia-Karzinom.
4	9. 6. 38 P. S.	63	m	Werkmeister	Scirrhus des Antrums ventriculi. Starre des Pylor Hochliegender Magen. Perigastritis chronica.
5	19. 9. 38 D. J.	56	m	Landarbeiter	Großes pylorusnahes Karzinom der kleinen Kurvat Keine Stenoseerscheinungen. Hochstehender Mage
6	21. 10. 38 M. H.	64	m	früher Land-wirt, dann Postagent	Praepylorisches Karzinom (Scirrhus?) von der Maj seite.
7	11. 11. 38 Sch. H.	52	m	Rangierer i. R.	Durch altes Ulcus bedingte organische Veränderu am Magenausgang. Praepylorischer Abschnitt st und eng mit ausgezogenen Konturen und Füllun defekt. Praepylorisches Karzinom auf Ulcusbasis.

7	8	9	10
	· Rö. Ac.: —9/14	Seit 1920 Magenbeschwerden und seit 4 Wochen ständiger Druck im Oberbauch. Dazu hochgradige Abmagerung. Abneigung gegen Fleisch und Schmalz.	Operation abgeraten. Stark reduzierter Gesamtzustand. Emphysematiker.
	Rö. Sondierung unmöglich	Seit Jahren in Intervallen von mehreren Wochen Schluckstörung. Er bemerkt jetzt, daß seit 8 Wochen feste Speisen vor dem Magen „stecken bleiben". Schmerzen im Epigastrium, die substernal ausstrahlen. Starke Gewichtsabnahme, weil er „Angst vor dem Essen" habe.	Witzelfistel empfohlen. Stark defektes Gebiß. Reduzierter Gesamtzustand.
	Rö. Ac.: —7/12 Milchsäure 0 Sanguis 0 Hefe, Leuco	Vor 3 Jahren plötzlich Magenblutung. Seitdem zeitweilig Magendruck unabhängig vom Essen. Häufig Aufstoßen. Seit 2 Monaten wieder krank mit allgemeiner Schwäche. Teerstühle. Schmerzen im Oberbauch, die in die Schulter ausstrahlen.	Operation empfohlen.
	Rö. Ac.: 4 20 Hefe; Laparotomie	Seit $^3/_4$ Jahren etwa alle Woche Schmerzen im Oberbauch mit Erbrechen und Windverhaltung. Aufstoßen. Starke Gewichtsabnahme. Jede Kost wird vertragen.	Inoperabel. Reduzierter Gesamtzustand. Gebiß: Nur Wurzelreste. Keine Prothese.
	Rö. Ac.: —7/8 Milchsäure 0	Seit Herbst v. Js. körperlich heruntergekommen. Er habe etwa 20 Pfd. an Gewicht abgenommen. Nach dem Essen zeitweilig Magendruck, manchmal krampfartiger Schmerz. Verträgt kein Fett, Hülsenfrüchte und hat Abneigung gegen Fleisch. Oft Herzklopfen.	Laparotomie empfohlen. Reduzierter Gesamtzustand. Zahnloser Mund.
rscheinlich	Rö. Ac.: 33/45	Seit 3—4 Wochen unbestimmter Magendruck bei vollem und leerem Magen. Starke Gewichtsabnahme sowie häufig Aufstoßen.	Operation empfohlen. Stark reduzierter Gesamtzustand. Fast alle Backenzähne fehlen.

1	2	3	4	5	6
8	21. 11. 38 G. E.	56	w	Ehefrau	Ringförmiges Pyloruskarzinom des Magens. E leerungsstörung.

1	132 37 M. G.	67	m	Arbeiter	Karzinom des Pylorus, absolute Stenose.
2	135/37 P. W.	61	m	Arbeiter	Narbiger Sanduhrmagen auf dem Boden alter Ulcè ventriculi mit großem Füllungsdefekt zur Kardia hi Motorische Insuffizienz 2. Grades; Dilatatio des Oes phagus. Kardia-Karzinom auf Ulcusbasis. Profu Magenblutung.
3	307/37 Sch. H.	49	m	Maurer	Karzinom des Antrums. Großer Füllungsdefekt der Antrumpartie, der nach oben bis zur Magenmit reicht und auf die kleine Kurvatur übergreift. Offen Pylorus (Karzinomzapfen).
4	416/37 D. H.	74	m	Invalide	Großes Corpus-Karzinom des Magens. Der gan Corpusteil ist vom Karzinom ergriffen, nur g wunden verlaufende schmale Gasse für Breipassag
5	482 37 N. G.	58	m	Kutscher	Stenosierendes Kardia-Karzinom. Dilatatio des Oes phagus.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: 16/31	Seit etwa 1/2 Jahr unbestimmter Druck in der Magengrube, manchmal Erbrechen. Blässe und Gewichtsabnahme. Hat bisher jede Nahrung vertragen können, ist jetzt aber appetitlos.	

Medizinisch-stationäre Kranke des Jahres 1937.

	Rö. Ac.: 8/24 Sanguis + BS 12/28/85 Laparotomie	Mit 40 Jahren Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend gleich nach dem Essen. Hat jahrelang Schonkost gegessen. Jetzt seit 1/4 Jahr vermehrter Schmerz mit Erbrechen. Große Gewichtsabnahme.	Zahnloser Mund. Mutter an „Magenleiden" verstorben.
rscheinlich	Rö. Erbrochenes: Ac.: — 14 30 Sanguis + Hefe, Fett BS 108/135/138	1930 wegen Ulcus ventriculi hier in stationärer Behandlung gewesen. Immer krampfartige Magenschmerzen unabhängig vom Essen. Kein Appetit. Widerwillen gegen Wurst und Fleisch. Seit 2 Tagen nun vermehrte Schmerzen im Oberbauch zum Rücken ausstrahlend. Durchfall, Teerstühle. Ständiger Kräfteverfall, gestern Bluterbrechen.	Reduzierter Gesamtzustand. Backenzähne fehlen. Inoperabel.
	Rö. Erbrochenes: Ac.: 2 38 Sanguis + BS 25/42/140	Vor 4 Wochen bei der Arbeit öfter „bewußtlos" zusammengebrochen. Übelkeit, Mattigkeit, Flimmern vor den Augen. Seit 1/4 Jahr Magendruck, zunehmende Blässe mit Gewichtsabnahme.	Elender Gesamtzustand. Hochgradige Anaemie (37%). Zähne cariös. Inoperabel.
	Rö. Ac.: — 8/6 Sanguis ++ BS 27/34/45	Seit 8 Monaten Schmerzen im Oberbauch. Nach jeder Mahlzeit erbrochen, oft auch Nahrung vom Vortage. Verträgt weder Fleisch, Semmel, noch saure Speisen. Starke Gewichtsabnahme.	Stark reduzierter Gesamtzustand. Zähne schlecht, nur Wurzelreste. Inoperabel.
	Rö. Erbrochenes: Ac.: — 25/40 Milchsäure + BS 104/124/134	In den letzten 3 Monaten starke Gewichtsabnahme mit Erbrechen. Oft Anfälle von Atemnot. Schmerzen hinter dem Brustbein. Ißt seit einigen Wochen nur durchgesiebte Speisen. 1936 Drüsenvereiterung der rechten Halsseite (histologisch: Halsdrüsentuberkulose. Protokoll-Nr. 4940/37).	Zähne cariös. Inoperabel wegen elenden Gesamtzustandes.

1	2	3	4	5	6
6	652 37 B. K.	50	m	Fütterer	Großes Karzinom des Corpus ventriculi (etwa Mit von der großen Kurvatur ausgehend und auf d kleine Kurvatur übergreifend. Beginnende Steno
7	793 37 St. A.	68	w	Ehefrau	Altes Ulcus der kleinen Kurvatur (etwa Mitte). S nosierendes Pylorus-Karzinom des Magens.
8	844/37 K. H.	68	m	Invalide	Großes Corpus-Karzinom des Magens.
9	1063/37 W. E.	69	m	Invalide	Stenosierendes Karzinom in der Antrumpartie d Magens.
10	1185/37 H. H.	68	m	Invalide (früher Zim- mermann)	Tiefes penetrierendes Ulcus der Hinterwand d Corpus ventriculi in der Nähe der großen Kurvat mit karzinomatöser Entartung (Füllungsdefekt). Co pusteil sehr hochstehend.

1	551 38 D. H.	78	m	Invalide	Oesophagus-Kardia-Karzinom. Stenosierung.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: — 10/8 Milchsäure Spur Sanguis + BS 36/70/114	In den letzten 6—7 Jahren „weniger geworden", nimmt ständig an Gewicht ab. Seit der letzten Zeit kann er nur noch von Mehlsuppen sich ernähren und muß oft erbrechen. Verträgt kein Fleisch, Obst und saure Speisen.	Operation abgelehnt. Stark reduzierter Allgemeinzustand; Mutter an Magen-Speiseröhren-Ca. verstorben.
	Rö. Ac.: — 25 12 Sanguis + Milchsäure + BS 67 105	Wegen arteriosklerotischer Demenz ist keine Anamnese zu erheben.	Wegen Demenz keine Operation. Zähne: 20 Wurzelreste.
	Rö. Ac.: — 12 4 Sanguis + + Milchsäure + BS 12 26/70	Seit 10 Jahren „Kneifen" im rechten Mittelbauch. Jetzt beträchtliche Zunahme der Beschwerden mit Gewichtsverlust. Essen schmeckt nicht mehr, besonders Fleisch.	Inoperabel. Reduzierter Gesamtzustand bei arteriosclerotischer Demenz. Zähne miserabel.
	Rö. Ac.: + 46/22 Milchsäure + Sanguis 0 BS 3/5/31 Laparotomie (Billroth II)	Seit April 1937 nach dem Essen Brechreiz. Hat seitdem 30 Pfd. an Gewicht abgenommen (7 Mon.).	Nur noch einzelne Zähne.
r wahrscheinlich	Rö. Ac.: — 8/22 Hefe, Erythr. BS 8/18/41	Seit 7 Monaten Sodbrennen und Aufstoßen. In den letzten 8 Wochen häufig Erbrechen und Schmerzen in der Magengrube. Starke Gewichtsabnahme. Verträgt weder Fleisch noch Wurst.	Operation empfohlen. Zähne stark defekt und cariös.

Medizinisch-stationäre Kranke des Jahres 1938.

	Rö. BS 10/34/88	Vor ca. 4 Wochen bemerkte der Patient, „daß die Speisen nicht mehr rutschen". Nur Flüssigkeit „ging noch durch". Keine Schmerzen.	Inoperabel. Reduzierter Gesamtzustand. Restzähne schlecht.

1	2	3	4	5	6
2	668/38 Sch. P.	64	m	Fabrik-arbeiter	Scirrhus des Antrum-Pylorusabschnittes auf de Boden alter Ulcera. Subtotale Stenose. Blutunge
3	1011/38 Pf. A.	77	w	Witwe	Stenosierendes Carcinoma ventriculi des Corpu Lebermetastasen?
4	1013/38 D. H.	51	m	Zivil-Ing.	Karzinom der Papilla Vateri.
5	1018/38 B. G.	77	m	Invalide	Großes Kardia-Karzinom. Dilatatio des Oesophagu Subtotale Stenose.
6	1134/38 L. M.	74	w	Witwe	Karzinom des Antrums der kleinen Kurvatur. Su totale Stenose.
7	1256/38 G. K.	69	m	Invalide	Großes Carcinoma ventriculi in der Mitte der klein Kurvatur auf dem Boden eines schon früher a dieser Stelle röntgenologisch gesicherten Ulcu Keine Stenose.
8	1272/38 St. G.	70	m	Invalide (früher Ma-schinist)	Großes Carcinoma ventriculi im Antrumteil d großen Kurvatur. Keine Stenosezeichen.

7	8	9	10
r wahrscheinlich	Rö. Ac.: —2/12 Milchsäure 0 Sanguis + Hefe	April 1936 Magenschmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Hat auch schon einmal Blut erbrochen. Saures Aufstoßen. Die jetzigen Beschwerden — Druck im Oberbauch und Mattigkeit — werden auf Überanstrengung im Beruf zurückgeführt seit 8 Tagen.	Operation abgelehnt. Zähne defekt.
	Rö. Ac.: 5/67 Milchsäure + Hefe, Stärke BS 27/38 52	Seit Wochen matt und elend. Erbricht seit 14 Tagen unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme. Starke Gewichtsabnahme.	Inoperabel. (desolat eingeliefert) Zahnlos. Stark ikterisch.
	Rö. Laparotomie	Vor 4 Wochen erkrankt mit Schmerzen rechts im Oberbauch. Wenige Tage später Gelbfärbung der Haut.	Ikterus gravis.
	Rö. BS 23 41/66	Seit 1886 magenkrank. Näheres weiß er nicht anzugeben. Januar 1938 häufig saures Aufstoßen und Erbrechen. Gefühl des Steckenbleibens der Speisen.	Inoperabel. Desolat eingeliefert. Stark reduzierter Gesamtzustand. Zahnlos. Vater an Darmkrebs verstorben.
	Rö. Ac.: —18/6 Milchsäure 0	Über zeitlichen Beginn der Beschwerden ist nichts Näheres zu erfahren.	Inoperabel. (Geschwulstkachexie) Großer Tumor palpabel.
r wahrscheinlich	Rö. Subacide BS 42/58/75	Seit 1918 wegen Magengeschwür in Behandlung. Lange beschwerdefreie Intervalle. Seit 4 Wochen rapide Gewichtsabnahme. Konnte nicht mehr viel essen, da er schnell satt wurde.	Stark reduzierter Gesamtzustand. (36,5 kg!) Ober- und Unterkieferprothese.
	Rö. Ac.: 8/16 Hefe BS 26/48/105	Schon vor mehreren Jahren Magenbeschwerden. Häufiges Erbrechen von saurer Flüssigkeit. Seit Anfang Dezember Schwindelgefühl, Erbrechen, Mattigkeit und Gewichtsabnahme.	Inoperabel. (Alter, schlechter Allgemeinzustand). Gebiß sehr lückenhaft.

1	2	3	4	5	6
1	321/37 F. H.	62	w	Ehefrau	Praepylorisches Carcinoma ventriculi, ausgehend vo der kleinen Kurvatur mit Penetration in die Caud pankreatica. Multiple Netzmetastasen.
2	948/37 B. F.	59	m	Arbeiter	Carcinoma ventriculi im Corpusteil der kleinen Kur vatur, fast bis zur Kardia heraufreichend mit starke Metastasierung im kleinen Netz sowie in der Lebe
3	1349 37 E. W.	69	m	Landwirt	Scirrho-medulläres Karzinom der kleinen Kurvatur ausgehend von der Pars pylorica, bis fast zur Kar dia reichend. Pylorusstenosierung. Geringe Meta stasierung im kleinen Netz.
4	1503 37 B. F.	48	m	Geschirr-führer	Großes Karzinom der kleinen Kurvatur, beginnen im praepylorischen Magenteil bis über Corpusmitt reichend. Ausgedehnte Metastasierung im kleine Netz sowie in der Leber. Blutiges Transsudat.
1	99 38 B. G.	59	m	Tischler-meister	Großes Karzinom des Corpus ventriculi, ausgehen von der großen Kurvatur zur Hinterwand schräg zu kleinen Kurvatur verlaufend. Keine Stenose. Aus gedehnte Metastasierung im Netzbereich.

Chirurgisch-stationäre Kranke des Jahres 1937.

7	8	9	10
	Rö. Ac.: —24/8 BS 13/29 Laparotomie	Seit 10 Wochen Magendruck mit starker Gewichtsabnahme. Schon früher viel Schmerzen nach dem Essen.	Inoperabel. (Nur Drüsenexstirpation zur histologischen Untersuchung). Herabgesetzter Gesamtzustand. Zähne: Nur Wurzelreste.
	Rö. Subacide Laparotomie	Vor ungefähr $^1/_4$ Jahr mit Druck- und Völlegefühl in der Magengegend erkrankt. Appetitlos, Gewichtsabnahme. Keine Schmerzen.	Inoperabel. (Anlegen einer Witzelfistel). Schlechter Gesamtzust. (Kachexie).
	Rö. Subacide BS 34/62 98 Laparotomie	Seit 5 Monaten Druck in der Magengegend und Appetitlosigkeit. Starke Gewichtsabnahme. In den letzten 14 Tagen häufig erbrochen, zuletzt nach jeder Mahlzeit.	Subtotale Resektion nach Billroth II. Später Gewichtszunahme 7,5 kg Zähne defekt und cariös.
	Rö. Ac.: —48/16 Milchsäure 0 Sanguis 0 BS 8/16/55 später: 24/47/74 Laparotomie	Seit 6 Monaten Druck im Oberbauch. Saures Aufstoßen. Rapider Gewichtsverlust. Seit ein paar Tagen heftig stechende Schmerzen in der Magengrube. Einweisung wegen Verdachts auf Magen- oder Gallenblasenperforation.	Reduzierter Gesamtzustand. Zähne miserabel.

Chirurgisch-stationäre Kranke des Jahres 1938.

	Rö. Anacide Milchsäure 0 BS 7/17 Laparotomie	Seit 8 Wochen Magendruck bei Nahrungsaufnahme. Zunehmende Blässe und Gewichtsabnahme. Manchmal brennendes Gefühl im Oberbauch. Erbrechen. Verträgt keine Bratkartoffeln.	Inoperabel. (Anlegen einer Witzelfistel). Reduzierter Gesamtzustand.

1	2	3	4	5	6
2	97/38 W. F.	63	m	Diener	Scirrho-medulläres Karzinom im Corpusteil des Ma gens der großen Kurvatur und der Hinterwand. Sub totale Stenosierung. Bis pfirsichgroße Drüsenmeta stasen.
3	476/38 H. A.	69	m	Rentner	Großes Karzinom des Corpus ventriculi, ausgehen von der kleinen Kurvatur mit ausgedehnter Meta stasierung des kleinen Netzes. Lebermetastasen. Sub totale Stenose.
4	972/38 Z. P.	39	m	Böttcher	Großes Karzinom der Pars pylorica ventriculi an de kleinen Kurvatur bis weit in den Corpusteil hinein reichend. Relativ geringe Metastasierung im kleine Netz.
5	1029/38 G. W.	62	m	Landwirt	Ringförmiges praepylorisches Carcinoma ventricul auf das Antrum übergreifend mit vollkommene Stenosierung. Ausgedehnte Netzmetastasierung Karzinom auf Ulcusbasis.
6	1036/38 D. J.	67	m	Landwirt	Großes praepylorisches Carcinoma ventriculi de kleinen Kurvatur mit Stenosierung. Metastasierun im kleinen Netz. Karzinom auf Ulcusbasis.
7	1090/38 B. G.	64	m	Landarbeiter	Praepylorisches Carcinoma ventriculi mit subtotale Pylorusstenose.

7	8	9	10
	Rö. Anacide Sanguis 0 BS 36/62 Laparotomie	Seit $1^1/_2$ Jahren Klagen über Magenschmerzen. Nach dem Essen oftmals Erbrechen mit Entleerung von kaum veränderter Nahrung. Verträgt kein fettes Fleisch. Im letzten halben Jahr gehäuftes Erbrechen und Gewichtsabnahme. Zu dieser Zeit vom Hausarzt geröntgt ohne krankhaften Befund.	Inoperabel. Reduzierter Ernährungszustand. Zähne äußerst defekt und cariös. Vasomotoriker.
	Rö. Beim Versuch der Ausheberung Bluterbrechen BS 39/68/121 Laparotomie	Ende v. J. Bluterbrechen, ebenso vor 6 Wochen. Rapide Gewichtsabnahme, keine Schmerzen.	Inoperabel. Reduzierter Gesamtzustand. Zähne schlecht. Potator.
	Rö. Sanguis + Milchsäure + Ac.: 15 71 Hefe BS 8/17/46	1934 vorübergehend Magendruck. Vor 10 Wochen ohne Anlaß Magenschmerzen, die mit kurzen Unterbrechungen bis heute anhielten. Appetitlos. Gewichtsabnahme. Widerwillen gegen Fleisch. Erbrechen.	Subtotale Resektion nach Billroth II. Paradentose. Nikotinabusus.
ıer!	Rö. Sanguis + Milchsäure 0 BS 9/21 Laparotomie	Seit 1914 Klagen über empfindlichen Magen. Seitdem gewisse Speisen (saures Brot) nicht mehr vertragen. Aufstoßen, Völlegefühl und Erbrechen. 1921 geröntgt: Geschwür am Magenausgang. Vor 5—6 Wochen Dauerschmerz im Epigastrium von bohrendem Charakter. Erbrechen. Starke Gewichtsabnahme. Abneigung gegen Fett und Fleisch.	G. E. retrocolica posterior. Zähne defekt.
ıer!	Rö. Ac.: 6/12 Hefe BS 30/50/98 Laparotomie	Vor 17 Jahren festgestelltes Ulcus am Pylorus mit Verengerung des Magenausganges. Seit $^1/_2$ Jahr ziehende Schmerzen in der Magengrube mit Erbrechen und Aufstoßen. Erbrochenes fast unverändert. Starke Gewichtsabnahme.	Subtotale Resektion nach Billroth II. Fast zahnlos, Wurzelreste.
	Rö. BS 6/11/24	Seit $^1/_4$ Jahr Magendruck und in den letzten 4 Wochen häufiger Erbrechen. Starke Gewichtsabnahme. Widerwillen gegen Fleisch.	Zähne z. T. cariös.

1	2	3	4	5	6
8	944/38 und 228/39 W. L.	50	w	Ehefrau	Großes Karzinom der kleinen Kurvatur mit Durc bruch in die Cauda pankreatica. Ausgedehnte l pfirsichgroße Netzmetastasen. Karzinom auf Ulcu basis (Ulcus parapyloricum callosum ventriculi d kleinen Kurvatur).

7	8	9	10
er!	Rö. Ac.: - 34 BS 64/108/149 Laparotomie	Anamnese siehe ausführlicher Krankenbericht und Operationsbefund.	Inoperabel. (Histologische Untersuchung 1 Drüse: Üppig wachsendes Adeno-Karzinom). Backenzähne fehlen größtenteils; Wurzelreste.

Übersicht der Magenkrebs-Vorkommnisse

Alter	Ambulante Kranke 1937		Ambulante Kranke 1938		Mediz.-stat. Kranke 1937		Mediz.-stat. Kranke 1938		Chir.-stat. Kranke 1937		Chir.-stat. Kranke 1938		Summe
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	
20—29													
30—39											1		1
40—49	1				1				1				3
50—59	1		2	1	2		1		1		1	1	10
60—69	1	2	3		5	1	2		1	1	5		21
70—79			2		1		3	2					8
80—89													
90—99													
Summe	3	2	7	1	9	1	6	2	3	1	7	1	43
	Gesamtzahl der ambulanten Magendurchleuchtungen = 210		= 203		Gesamtzahl der stationären Kranken = 1280		= 1276		= 1561		= 1459		

Karzinome auf dem Boden alter Ulcera

mit Angaben über Altersverteilung und Geschlecht der Patienten

Alter	männlich	weiblich	Summe
45—50	1		1
50—55	1	1	2
55—60			
60—65	3		3
65—70	3		3
Summe .	8	1	9

Abschließend kann festgestellt werden, daß in den Jahren 1937 und 1938 am Oschersiebener Kreiskrankenhaus 186 Fälle von Ulcus pepticum sowie 43 Fälle von Magenkarzinom diagnostiziert werden konnten.

Das Ulcus pepticum war vorwiegend als Ulcus duodeni (124 Fälle) anzutreffen, dem 62 Kranke mit Ulcus ventriculi gegenüberstehen; das entspräche einem Verhältnis von 2 : 1. Nach pathologisch-anatomischen Untersuchungen jedoch fanden Gg. B. Gruber 1,8, Hart 1,4 und Lehmann 2,5 mal mehr Magen- als Zwölffingerdarmgeschwüre. v. Bergmann steht im Gegensatz dazu auf dem Standpunkt, daß das Ulcus duodeni zahlenmäßig wesentlich überwiege und zwar in einem Verhältnis von etwa 3 : 1. Er führt zum Vergleich eine Statistik von Albrecht an, die sogar ein Verhältnis von 5,8 : 1 ergab sowie eine neuere amerikanische Aufstellung mit einem Verhältniswert von 4 : 1.

Das Ulcus duodeni wurde bei 104 Männern und 20 Frauen festgestellt, das einem Verhältnis von 5,20 : 1 entspräche. Zu ähnlichen Resultaten kommen auch Melchior[3]) (4 : 1), Albrecht 82 % Männer und 18 % Frauen (4,5 : 1) v. Bergmann 85 % Männer und 15 % Frauen (5,66 : 1), während Tammann[3]) sogar eine Verhältniszahl von 10 : 1 fand. Von pathologisch-anatomischer Seite gab Gg. B. Gruber ein Häufigkeitsverhältnis von 1 : 0,68 an, während Hart und Holzweißig gleiche Beteiligung fanden.

In der Mehrzahl der Duodenalgeschwüre wurde die Lokalisation im Bereich der Hinterwand festgestellt, worauf schon von pathologisch-anatomischen Autoren (Gg. B. Gruber, Hart, Aschoff[4]) sowie von chirurgischen Autoren (besonders Clairmont und Just)[4]) mehrfach hingewiesen wurde. Eine zahlenmäßig beachtliche Anzahl von Doppelgeschwüren im Zwölffingerdarm (Clairmont 75 %, Gg. B. Gruber 48 %, Hart 20 % u. a.) konnte nicht gefunden werden.

Beachtlich allerdings ist die Feststellung des gleichzeitigen Vorkommens verschiedener Entwicklungsstufen (frisches Ulcus und Narben) bei einer Reihe von Fällen, worauf Chwostek, W. Müller, Gg. B. Gruber, Hart u. a.[5]) aufmerksam gemacht haben. So fand Hart z. B. auf 35 Geschwüre 42 Narben. In unserem Krankengut wird die Häufigkeit bedeutend höher sein, als sie festgestellt worden ist, da die Diagnosestellung z. T. allein mit Hilfe des Rö.-Verfahrens durchgeführt wurde und ein genaueres Ergebnis sowie der exakte Nachweis der Narbenbildung nur durch die chirurgische Autopsie, Sektion oder histologische Untersuchung erhalten werden kann.

[3]) Tammann: Münch. Med. Wochenschrift 1937, S. 1807.
[4]) Just: Archiv f. klin. Chirurgie 1934, S. 211 und 212.
[5]) Just: Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 179, S. 218.

Das Ulcus ventriculi war mit 57 erkrankten Männern und nur 5 Frauen in unserem Krankengut vertreten, was einem Häufigkeitsverhältnis von 11,40 : 1 entspricht. In der Literatur gehen die Ansichten hierüber sehr auseinander. Besonders stehen die klinischen Statistiken in einem krassen Widerspruch zu den pathologisch-anatomischen Angaben. Albrecht nimmt ein Verhältnis von 3 : 1 und v. Bergmann ein solches von etwa 1,96 : 1 an. Demgegenüber fanden die Pathologen das Magengeschwür bei den Frauen etwa doppelt so häufig vor. Diesen Widerspruch der statistischen Angaben glaubt v. Bergmann damit zu begründen, „daß das Ulcus ventriculi bei der Frau offenbar gutartiger und mit geringeren Beschwerden verläuft".

Von den 57 Magengeschwüren der männlichen Individuen waren 7 (=12,28%) perforiert. Verhältnismäßig gesehen ergibt sich ein Wert von 8,14 : 1. Davon betrafen 6 den praepylorischen und 1 den parapylorischen Magenanteil. In 2 Fällen war die Hinterwand und in 5 Fällen die Vorderwand betroffen. Perforationen am Fundus oder in der Pars media des Magens sind nicht gefunden worden. Hauser hat auf Grund zahlreicher Statistiken eine Perforationstendenz des Ulcus ventriculi von 10% errechnet, während v. Bergmann annimmt, daß die Häufigkeit des Magengeschwürsdurchbruchs „wesentlich unter 10%" liegen müsse. Perforierte Duodenalgeschwüre ebenso wie Geschwürsdurchbruch bei Frauen wurde nicht beobachtet. Das Überwiegen der Männer hinsichtlich der Geschwürsperforation wird in anderen statistischen Angaben, so z. B. von Zukschwerdt und Eck[6]) (93,3% Männer) und Watson[6]) (von 110 Perforationen nur 8 Frauen), bestätigt.

Das Alter der Patienten mit Ulcusperforation lag mit einer Ausnahme (27 Jahre) jenseits des 30. Lebensjahres (34,36,46,50,52, 56). Ein Zusammenhang mit bestimmten Jahreszeiten (Frühjahr und Herbst) und damit größter Perforationsneigung ist nicht erkennbar (Januar, Februar, Mai, Juni, Oktober, November, Dezember).

Unter diesen Patienten befinden sich 2 Brüder (chirurgisch-stationäre Kranke 1937, lfd. Nr. 4 und 11), die im fast gleichen Alter (52 und 56 Jahre) sowie im gleichen Jahr (Juni und November) an einem perforierten Ulcus im prae- bzw. parapylorischen Magenanteil erkrankten, das in einem Falle an der Hinterwandmitte, im anderen Falle an der Vorderwand in Nähe der kleinen Kurvatur lokalisiert war. Über ähnliche Beobachtungen des familiären Auftretens sowie besonders des gleichartigen Verlaufs des Ulcus pepticum berichtet auch v. Haberer[7]), in dessen Behandlung drei Brüder mit freier Geschwürsperforation standen.

[6]) Nach v. Bergmann.
[7]) Witteler: Münch. Med. Wochenschrift 1935, S. 1982.

Große Blutungen in Form der Haematemesis wurde bei 21 Ulcuskranken beobachtet (etwa 8,86 : 1), die in 19 Fällen männliche und in 2 Fällen weibliche Kranke betrafen. Das Ulcus duodeni war bei 12 Kranken — wobei in einem Falle zugleich noch ein Duodenaldivertikel gefunden wurde — und das Ulcus ventriculi bei 9 Kranken Ursache der Blutung.

Blutungen, die sich in Form der Melaena bemerkbar machten, wurden in 14 Fällen festgestellt. Alle diese Kranken gehörten dem männlichen Geschlecht an. Die Geschwürslokalisation wurde in 9 Fällen als Ulcus duodeni — zugleich in einem Falle wieder ein Duodenaldivertikel — und in 5 Fällen als Ulcus ventriculi sichergestellt.

Hinsichtlich der Altersverteilung der blutenden Geschwürskranken ergab sich folgendes Bild:

	Haematemesis	Melaena	Summe
3. Lebensjahrzehnt	3	2	5
4. Lebensjahrzehnt	5	9	14
5. Lebensjahrzehnt	5	—	5
6. Lebensjahrzehnt	3	3	6
7. Lebensjahrzehnt	5	—	5
	21	14	35

Die Häufigkeit der Geschwürsblutungen in den einzelnen Monaten wird durch nachstehende Aufstellung kenntlich gemacht:

	Haematemesis	Melaena	Summe
Januar	2	1	3
Februar	—	—	—
März	2	—	2
April	—	2	2
Mai	1	4	5
Juni	2	—	2
Juli	3	2	5
August	5	1	6
September	3	2	5
Oktober	—	2	2
November	2	—	2
Dezember	1	—	1
	21	14	35

Es finden sich somit insgesamt 35 blutende Geschwüre, die auf sämtliche Ulcera bezogen, einen Hundertsatz von 18,82 ergeben. Werden diese blutenden Ulcera aufgeteilt nach ihrem Sitz und zur Gesamtzahl der Ulcera ventriculi bzw. duodeni in Beziehung gebracht, so

ergeben sich nachstehende Hundertsätze: Ulcus ventriculi 22,58, Ulcus duodeni 16,93. Die Häufigkeit der Geschwürsblutung in der neueren Literatur (zit. n. v. Bergmann), wird — um einige Daten anzugeben — ziemlich einheitlich bewertet. Lahey 18% beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür. Barford 20% beim Ulcus ventriculi, 26% beim Ulcus duodeni. Albrecht 30% beim Ulcus ventriculi, 14% beim Ulcus duodeni. Kalk (v. Bergmann'sche Klinik) 47% beim Ulcus ventriculi, 27% beim Ulcus duodeni.

Im 4. Lebensjahrzehnt wurde mit 14 Fällen ein Maximum der Geschwürsblutung gefunden; ebenso tritt eine Bevorzugung der Frühjahrs- und Herbstmonate (insgesamt 21 von 35 Fällen) in Erscheinung.

In der Mehrzahl werden in unserem Krankengut Männer von der Ulcuskrankheit befallen (161), darunter zum größten Teil Leute im 3. und 4. Lebensjahrzehnt, die unter starker Arbeitslast ein ungeregeltes Leben führen. Zu einem erheblichen Teil sind es Männer aus den landwirtschaftlichen Berufen, die durch die Eigenart ihrer Tätigkeit bedingt im allgemeinen schwere körperliche Arbeit verrichten. Das weibliche Geschlecht ist mit 25 Fällen von Ulcus pepticum beteiligt; das entspricht einem Verhältnis von 6,44 : 1. Ein derartiges Überwiegen der Männer tritt in anderen Zusammenstellungen in fast gleichem Maße in Erscheinung.

Hinsichtlich der Altersverteilung bei beiden Geschlechtern liegt der Gipfel zwischen 30-39 Jahren. Das Ulcus bei Jugendlichen wurde in 4 Fällen festgestellt, die alle dem Duodenum angehörten und in 3 Fällen das weibliche Geschlecht betrafen. Die im Schrifttum oft wiederkehrende Feststellung, daß das Jugendulcus hinsichtlich seiner Schwere (größere Perforationsneigung) und Häufigkeit eine Sonderstellung einnehme (Tammann[8]), Deuticke, Kalk) konnte hier nicht beobachtet werden. Es fand sich weder freie Geschwürsperforation noch ein höherer Hundertsatz im Vergleich zum gesamten Ulcuskrankengut. Im Senium jenseits des 8. Dezenniums war noch in 2 Fällen je ein Ulcus nachweisbar, das beide Geschlechter betraf.

Auffallend waren bei der Erhebung des Befundes die in mangelhaftem Zustande befindlichen Kauwerkzeuge der Kranken, bei denen in 96 Fällen defekte Gebisse (ohne Zahnersatz), cariöse Zähne, Paradentosen, Alveolarpyorrhoen vorgefunden wurde, was einem Hundertsatz von 51,61 aller in beiden Jahrgängen festgestellten Ulcuskranken entspräche. Diese Beobachtung gibt zum Nachdenken Anlaß! Durchweg gehört unser Ulcuskrankengut der körperlich schwer arbeitenden Landbevölkerung an, die einmal wegen Mangels an Zeit und Selbstbeobachtung, andererseits

[8]) Tammann: Münch. med. Wochenschrift 1937, S. 1807.

aber auch wegen Fehlens der zahnärztlichen Versorgung auf dem Lande sich nicht der unbedingt notwendigen Zahnpflege unterzieht. Wie ich anfangs schon betonte, möchte ich dieser Tatsache insofern Rechnung tragen, als ich in der durch die mangelhaften Gebißverhältnisse ungenügend zerkleinerten Nahrung ein förderndes (mechanisches) Moment in der Ulcusgenese sehe. Auslösend soll jedoch dabei die konstitutionelle Komponente im Sinne der Ulcusdisposition bleiben. In der Ulcuskrankenbehandlung muß deshalb beachtet werden, daß die tadellose Beschaffenheit des Gebisses Vorbedingung ist für die Heilung des krankhaften Prozesses. Zahnlücken sollen daher durch Ersatzstücke geschlossen und besonders cariöse Zähne sowie entzündliche Veränderungen des Zahnfleisches, die zu oft Ursache oberflächlichen Kauens sind, beseitigt werden.

Zeichen von erhöhter vegetativer Erregbarkeit boten 22 Kranke (= 11,77 %), während 12 (= 6,45 %) dem neurasthenischen Typus angehörten.

In 14 Fällen konnte Nikotin- und in einem Falle Alkoholabusus nachgewiesen werden.

Die statistische Zusammenfassung aller Ulcuskranken mit einem kurzen Auszug der Krankenvorgeschichte läßt auch Beziehungen zu bestimmten Jahreszeiten erkennen, wobei die Kranken selbst schon einen Zusammenhang mit der Jahreszeit an sich beobachtet und spontan bei der Befragung geäußert haben. Ebenso ist ein gehäuftes Auftreten der Ulcuskrankheit in bestimmten Monaten erkennbar. Die Periodizität der Beschwerden sowie das gehäufte Vorkommen der Ulcuskranken zu einer bestimmten Jahreszeit ist ein typisches Bild für das Ulcus pepticum. Wodurch diese Erscheinungen bedingt sind, ist noch nicht sicher geklärt. Es werden klimatische Verhältnisse in Wechselwirkung mit konstitutionellen Momenten als Ursache angeführt. So hat Ellinger[9]) festgestellt, daß die „vegetativ Stigmatisierten" überempfindlich sind gegenüber ultravioletten Strahlen. Er weist auf das gehäufte Auftreten von Ulcus pepticum zu bestimmten Jahreszeiten hin (Frühjahr und Herbst), in denen auch ein Maximum an ultraviolettem Licht vorhanden ist. Katsch nimmt eine Verschiebung im Säure-Basen-Gleichgewicht an zum Frühjahr und glaubt damit die Häufigkeit des Auftretens zu erklären. Bei den Magengeschwürskranken stehen mehr die Säurebeschwerden und Schmerzen wenige Zeit nach der Nahrungsaufnahme im Vordergrund, während bei den Zwölffingerdarmgeschwürskranken in den meisten Fällen die typischen Beschwerden wie Hunger- und Nachtschmerz angegeben werden.

[9]) Z. klin. Med. CXX. II, 1932, S. 272—280.

Klagen über schlechte Verträglichkeit von Nahrungsmitteln werden häufig von den Kranken über Hülsenfrüchte, Kohl und fette Speisen geäußert. Es werden zumeist Beschwerden angegeben, die sich in Blähungen und Magendruck äußern. Es ist erklärlich, daß besonders die fetten Speisen wegen ihrer längeren Verweildauer im Magen — „bleiben lange im Magen liegen" — bestimmte Beschwerden bei einem primär schon geschädigten Organ hervorrufen, die dann den Patienten veranlassen, die betreffenden Speisen als „unbekömmlich" zu meiden. Ähnlich liegen auch die Verhältnisse bezüglich der Bekömmlichkeit von groben Brotsorten.

Schließlich muß noch darauf hingewiesen werden, daß bei einer Reihe der aufgeführten Fälle eine gewisse „familiäre Belastung" bezüglich Magenerkrankungen vorliegt. So ist es erwiesen und zum Teil durch sorgfältig aufgestelite Stammbäume in der Literatur darauf aufmerksam gemacht worden (v. Bergmann, Huber, Kalk, Ohly, Grote, Strauß, Adler u. a.)[10]), daß es in der Tat sogenannte Ulcusfamilien gibt. Nach Ohly wird nicht das Ulcus selbst, sondern eine Minderwertigkeit des Nervensystems vererbt, die J. Bauer als konstitutionelle Organminderwertigkeit bezeichnet. Diese Disposition führt erst unter bestimmten Bedingungen zur Krankheit. Kalk[11]) kommt zu dem Ergebnis, „daß die Ulcuskrankheit um so früher und um so schwerer in Erscheinung tritt, je stärker die heriditäre Belastung ist, daß bei jugendlichen Ulcuspatienten unter 20 Jahren bei der Mehrzahl der Fälle eine ausgesprochene heriditäre Belastung vorliegt und daß man bei ihnen einen schweren Krankheitsverlauf erwarten kann (schwer zu erzielende Dauerheilung, schwere anatomische Veränderungen, mit Wahrscheinlichkeit auftretendes Ulcusrezidiv bzw. Ulcus jejuni pepticum nach Operationen)". Bei diesen belasteten Jugendlichen sei häufig „Reizmagen" mit vermehrter Sekretion und vergröbertem Schleimhautrelief beobachtet worden; ebenso stammten Kinder mit Pylorospasmus aus ulcusbelasteter Familie. Witteler[12]) erörtert in einer Arbeit „auf Grund der Erkenntnisse der allgemeinen Erbpathologie faßbare Möglichkeiten weiterer Forschung durch die Zwillingsmethode", die an verschiedenen Kliniken mit Unterstützung der Erbbiologen durchgeführt werden müßte.

---

[10]) Baur-Fischer-Lenz: Menschl. Erblehre und Rassenhygiene 1936, Bd. 1, S. 475. Witteler: M. M. Wochenschrift 1935, S. 1982.

[11]) Nach v. Bergmann: Handbuch der Inneren Medizin 1938.

[12]) Witteler: Münch. Med. Wochenschrift 1935, S. 1981 „Der heutige Stand der Erblichkeitsforschung bei Ulcus ventriculi s. duodeni" ...

Im gleichen Zeitraum wurden an unserem Krankenhause 43 Patienten mit Magenkarzinom — gleich 18,78 % aller Magenerkrankten — festgestellt, wovon allein über 50 % sich als inoperabel erwiesen. Die Diagnosestellung wurde durchweg mit Hilfe des Rö.-Verfahrens durchgeführt und zum größten Teil durch die chirurgische Autopsie gesichert. Die Inoperabilität war durch das fortgeschrittene Tumorwachstum oder durch die regionäre und retroperitoneale Metastasierung gegeben. Diese ungünstige Prognose der Magenkarzinome liegt einerseits in ihrer verborgenbleibenden Entwicklung begründet, andererseits aber auch, daß anfangs so geringfügige Beschwerden damit verbunden sind, die den Patienten erst bei stürmischeren Erscheinungen (Stenosierungen, Kachexie, etc.) veranlassen — dann aber meistens zu spät — sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Eine derartig hohe Zahl von inoperablen Magenkarzinomfällen tritt in anderen statistischen Zusammenstellungen in fast gleich hohem Maße in Erscheinung.

Vergleicht man die Anzahl der Magenkarzinomfälle mit den im gleichen Zeitraum festgestellten Ulcusfällen, so ergibt sich ein Verhältnis von 43 : 186 = 1 : 4,33.

Hinsichtlich der Altersverteilung ergab sich ein Maximum im 7. Jahrzehnt mit 21 Fällen. Der jüngste Patient war 39 Jahre und der älteste 78 Jahre. Vorwiegend ist das Magenkarzinom mit 35 Fällen wieder bei den Männern zu finden, während das weibliche Geschlecht mit nur 8 Karzinomkranken beteiligt ist. Dies entspricht einem Verhältnis von rund 4,38 : 1.

Durchweg fand sich bei der Mehrzahl der Kranken ein Salzsäuredefizit, ebenso war die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (B. S. nach Westergreen) mit wenigen Ausnahmen stark beschleunigt.

Bei 9 Kranken (20,93 % der Magenkarzinomfälle) konnte eine karzinomatöse Degeneration eines Ulcus durch chirurgische Autopsie oder durch den schon längere Zeit vorher geführten röntgenologischen Nachweis eines an dieser Stelle befindlichen Ulcus festgestellt werden. Das entspräche einer Häufigkeitsfrequenz von 4,84 % zur Gesamtzahl aller im gleichen Zeitraum diagnostizierten Ulcusfälle. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Orator mit 5 % und Hauser mit 3,4 % sowie v. Bergmann, der durchweg eine maligne Degenerationstendenz aller Ulcera von 3-6 % annimmt.

Die Männer sind hieran mit 8 Kranken und die Frauen mit 1 Kranken beteiligt. Ein Maximum der Entartungsneigung (6 Fälle) wurde im 7. und 8. Dezennium beobachtet. Mehrere Magenkarzinompatienten hatten seit Jahren eine Ulcusvorgeschichte, ohne daß sich der exakte Nachweis eines Karzinoms auf dem Boden eines alten Ulcus hätte führen lassen, wenngleich auch zwingender Verdacht anhand der vorgetragenen Klagen bestand.

Die Zahnverhältnisse waren auch hier wieder durchweg in einem sehr schlechten Zustande. Die Zeitspanne, in der die für den Patienten erkennbaren Störungen auftraten bis zum Eintritt in die Behandlung des Arztes, war meist kurz. Schmerzen wurden von den Kranken wenig geäußert, während mehr Magendruck, Erbrechen und Gewichtsabnahme im Vordergrund der Beschwerden standen. Von den Nahrungsmitteln wurden fast ausschließlich Fleisch und Fett schlecht vertragen, oftmals wurde sogar Widerwillen geäußert.

Am Schlusse meiner Arbeit sei mir gestattet, auf einige Fälle, die durch ihre Vorgeschichte und Ergebnisse mir zur Mitteilung geeignet erscheinen, besonders und ausführlicher einzugehen.

Fall 3. 553/38. Fleischer F. L., 27 Jahre alt.

Familienanamnese o. B. Selbst angeblich nie ernstlich krank gewesen. Seit 14 Tagen habe er seinen Beruf gewechselt und betätige sich jetzt als Beifahrer auf einer Zugmaschine. Seitdem leide er an Magenschmerzen, die nach seiner Ansicht durch die Erschütterungen hervorgerufen seien und die er früher nie gekannt habe. Heute morgen habe er das Drahtseil einer an der Zugmaschine angebrachten Seilwinde aufgerollt und bei dieser Arbeit plötzlich „einen heftigen Riß" im Oberbauch verspürt. Er sei bewußtlos geworden und sofort ins Krankenhaus überführt worden.

Wir erhoben $^1/_2$ Std. später bei der Aufnahme folgenden Befund: Mittelgroßer, sehr kräftiger Mann in gutem E.-Z.; Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Facies abdominalis. Zunge feucht, ein wenig belegt. Zähne o. B. Brustorganbefund regelrecht. Im Oberbauch etwas rechts der Linea alba mäßiger Betastungsschmerz und eben angedeutete Défense musculaire. Die übrige Bauchpartie zeigt nichts Abweichendes von der Norm. Zentralnervensystem o. B.

Etwa $1^1/_2$ Std. später ist der Zustand des Patienten stark verändert. Blasse Hautfarbe, die sich kühl und schweißig anfühlt und ausgesprochene Facies Hippocratica. Der Bauch ist besonders in seiner oberen Partie bretthart gespannt. Patient klagt über heftige Schmerzen.

Da nun eine Magenperforation mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, wird sofort laparotomiert. Wir fanden ein perforiertes praepylorisches Ulcus callosum der Magenvorderwand in Nähe der Curvatura minor, das übernäht und durch Netz gedeckt wurde. Der Patient konnte nach etwa 3 Wochen geheilt wieder entlassen werden.

Fall 7. 1458/38. O. H., Arbeiter, 51 Jahre alt.

Familienanamnese o. B. Als Kind Masern, sonst nicht ernstlich krank gewesen. Gleich nach dem Kriege Magenbeschwerden. Deshalb im November 1923 operiert (hintere G. E.). Bis 1931 beschwerdefrei gewesen, dann erneut starke Schmerzen im Oberbauch mit Leibdruck, Blähungen, Aufstoßen und Erbrechen. März 1933 wurde anläßlich einer Krankenhausbehandlung Sippykur mit guter Besserung der Beschwerden durchgeführt. Wenige Monate danach kotiges Aufstoßen, das im Laufe der Jahre mehr und mehr an Intensität zunahm. Hülsen von Bohnen werden oft nach 2 Tagen noch ausgebrochen.

Manchmal erscheinen unverdaute Speisen wieder im Stuhlgang, die wenige Stunden vorher gegessen sind. Hat stark an Gewicht abgenommen.

Es handelt sich um einen schmächtigen Patienten in mäßigem Allgemeinzustand. Geringes Fettpolster. Schleimhäute mäßig durchblutet. Gebiß lückenhaft, viele cariöse Backenzähne. Der Kopf- und Horchbefund über Herz und Lungen ist regelrecht. Leib etwas gespannt, aber nicht druckschmerzhaft. Reizlose etwa 5 cm lange obere Medianschnittnarbe. Milz und Leber nicht vergrößert, Nierenlager beiderseits frei. Zentralnervensystem und Gliedmaßen o. B.

Bei der Rö.-Untersuchung des Magen-Darmkanals füllt sich der Magen unter guter Trichterbildung. Kontrastflüssigkeit sammelt sich dann in dem weit nach rechts verlagerten praepylorischen Magenabschnitt, während im Corpusteil am spätesten eine kontrastärmere Füllung zu vermerken ist. — Der Magen entleert sich durch eine hoch angelegte hintere G. E.; geringe Flüssigkeitsmengen passieren den stark hypertonen oder narbig verengten Pylorus; der Bulbus kommt bei flüchtigster Füllung nicht zur Entfaltung; eine Kompressions-Aufnahme im 1. halbschrägen Durchmesser zeigt ihn fleckig gefüllt mit fehlendem lateralen Recessus und durchschimmerndem Nischenfleck. — Die Aufnahmen der G. E.-Stellen zeigen vergröberte und in Unordnung geratene Magenschleimhautfalten, starke augenscheinlich adhaesionsbedingte Konturverziehungen des abführenden Duodenumschenkels, aber keine Ulcusnische. Nach einer halben Stunde hat sich hoch links neben bzw. hinter dem Magen ein mehr als faustgroßer kompakter Kontrastschatten entwickelt, dessen Konturen durch Haustrierung Zugehörigkeit zum Dickdarm (Gegend der Flexura lienalis) vermuten lassen; eine Kommunikation zwischen Magen und Colon oder Jejunum und Colon darzustellen, gelingt in diesem unter dem linken Rippenbogen liegenden Abschnitt nicht; die proximalen Dickdarmabschnitte (Colon ascendens bis über Mitte des Transversum hinaus) zeigen keine Füllung. Nach $2^1/_2$ Std. war der Magen leer bis auf kinderfaustgroßen praepylorischen Rest; wenig kontrastreiche Dickdarmfüllung vom Cöcum bis ins Descendens; normale Ileumfüllung. Beurteilung: Zustand nach G. E. retrocolica posterior bei Pylorusstenose und chronischem Ulcus duodeni. Magen-Colon-Fistel? Ergänzung durch trochoskopische Darmuntersuchung nötig!

Die Magenausheberung nach Probefrühstück ergab freie H. Cl. 5, Gesamtacidität 32. Ausgehebertes riecht stark faekulent. Im Sediment mäßig Hefe und Bakterien. Benzidinprobe 0. Blutbild: Hgb. 73 %, Erythrozyten 3 830 000, Leukozyten 3 800. Weißes Blutbild im Ausstrich: Eos. 3, Stabk. 5, Segmentkernige 54, Lympho. 35, Mono. 3. F. I. = 0,96, Wa.-R. negativ; RR 95/60 mm Hg.; BS 10/17 58 (W'green), Urin: Indican ++.

Die weitere klinische Beobachtung ist durch faekulentes Aufstoßen des Kranken gekennzeichnet. Bei der Trochoskopie erfolgt prompter Breiübertritt in den Magen vom Colon transversum aus (Nähe Flexura lienalis). Die sofortige Magenausheberung fördert 200 ccm Kontrastbrei zutage, der übel faekulent riecht.

Wenige Tage später wird der Patient laparotomiert. Es findet sich eine für den Daumen durchgängige Magen-Colon-Fistel (etwa distale Drittel des Colon transversum) dicht vor einer G. E. retrocolica posterior pyloruswärts mit starken Narbenbildungen im G. F.-Gebiet sowie auch des zuführenden wie abführenden Schenkels. Die G. F. ist hierdurch nur noch leidlich durchgängig.

Wir entschlossen uns nach diesem Befund zu folgender Operation: Colon-Teilresektion mit anschließender Seit- und Seitvereinigung. Magenresektion mit stumpfem Verschluß des Duodenalstumpfes. Durchtrennung des zuführenden wie abführenden Schenkels der G. F. Einnähen des abführenden Jejunumteils in den Magenstumpf. Vereinigung des vom Duodenum kommenden Darmstückes nach Roux in das abführende Jejunumende.

Leider starb der Patient unmittelbar post operationem an einer akut auftretenden Atem- und Herzlähmung.

Fall 8. 944/38 und 228/39. Ehefrau L. W., 50 Jahre alt.

In der Verwandtschaft der Patientin ist niemand magenkrank oder leidet an einer Geschwulstkrankheit. 1918 erstmalig erkrankt an einer Lungentuberkulose. Sie sei ein halbes Jahr in einer Heilstätte gewesen und geheilt mit einem Gewicht von 100 kg entlassen worden. Seitdem habe sie noch mehrmals vollkommen unbestimmte Beschwerden in der Lunge gehabt. Seit dem Frühjahr 1938 allgemeine Mattigkeit und Wiederauftreten von Schmerzen vorn auf der Brust, Herzklopfen bei geringen Anstrengungen. Patientin sei leicht und viel aufgeregt. Angeblich habe sie von März bis September über 30 Pfd. abgenommen. Sie wird deshalb von dem Hausarzt ambulant zur Untersuchung (16. 9. 38) eingewiesen. Es war aber kein sicherer pathologischer Organbefund zu erheben. Lunge röntgenologisch o. B. Herz systolisch nicht ganz sauber, A 2 betont. Blutdruck: R.R. 150/70 mm Hg. Kein abdomineller Tastbefund. Beträchtliche sekundäre Anaemie: Hgb. 61 %, Erythrozyten 3 820 000, Leukozyten 7400, F. I. = 0,8. Im Haemogramm auffallende relative Lymphopenie, Polychromasie, Aniso- und Poikilozytose. BS 38/78 W'green.

Beurteilung: Wahrscheinlich latentes Geschwulstleiden! Sekundäre Anaemie! Es wird der Patientin Krankenhausbeobachtung empfohlen, die vom 27. 9. — 11. 10. 38 erfolgt.

Es ergaben sich die gleichen Untersuchungsergebnisse; außerdem Serumbilirubin 0,38 mg %. Wassermann und Kontrollreaktionen nach Provokation mit 0,3 Neo-S. negativ. Probefrühstück: Acidität 3 16, im Sediment etwas Hefe. Nach 9 Tagen ist das Hgb. ohne Behandlung auf 66 % gestiegen, die Erythrozyten auf 4 360 000; der F. I. beträgt 0,75. Eine Rö.-Durchleuchtung ergibt keinen Anhalt für Magenleiden (Karzinom oder Ulcus); normaler Befund. Auffällig ist lediglich am mittleren Drittel der großen Kurvatur eine tiefe, breite, spastische Einziehung mit unregelmäßiger Schleimhautzeichnung.

Nach der Entlassung treten bald wieder die gleichen Beschwerden auf. Nochmalige ambulante Untersuchung (2. 12. 38). Das Hgb. war wieder abgefallen, ebenso die Erythrozytenzahlen. Im Haemogramm keine wesentliche Änderung. Leber rechts vorn seitlich inspiratorisch tastbar. Körpergewicht wieder gefallen. Klagen über zeitweilig substernale stechende Schmerzen.

Beurteilung: Schwere sekundäre Anaemie. Latentes Karzinom? Trotz Fehlens mehrerer Symptome Myxoedema adultorum?

Jetzt kommt die Patientin am 6. 1. 39 wieder zur Aufnahme mit den alten Beschwerden. Hgb. auf 50 %, Erythrozytenzahlen auf 2 630 000 gesunken, F. I. = 0,96. Haemogramm unverändert. Im Urin tritt Urobilinogen vermehrt auf. BS 64 108 149 W'green. Okkultes Blut im Kot. Bei einer fraktionierten Magenausheberung ist ein komplettes Salzsäuredefizit (nüchtern bis -34) feststellbar, Milchsäure negativ. Röntgenologisch läßt sich erst jetzt ein Karzinom der kleinen Kurvatur feststellen.

Der Ernährungs- und Kräftezustand der Patientin läßt sich noch als gut bezeichnen (Gewicht: 75,1 kg), sie wird deshalb zur Operation vorbereitet und danach laparotomiert. Der Befund in situ zeigte ein Karzinom der kleinen Kurvatur, das fast bis zur Kardia heraufreicht und offensichtlich auf dem Boden eines callösen Ulcus gewachsen ist, da die Magenoberfläche in Nähe der Curvatura minor deutlich strahlige Narbenbildung aufweist. Der Tumor geht hinten in die Cauda pankreatia über und ist dort breitrandig und fest vermauert verwachsen. Es finden sich bis pfirsichgroße Drüsenmetastasen in Höhe der Kardia links seitlich neben der Wirbelsäule sowie eine multiple Aussaat ins Omentum majus und minus. Der Befund ist hoffnungslos. Es wird nur

eine Drüse zwecks histologischer Untersuchung exstirpiert — üppig wucherndes Adeno-Karzinom — und anschließend der Bauch in Schichtnaht wieder verschlossen. Die Patientin ist nach primärer Wundheilung wieder in häusliche Pflege entlassen worden.

Der erste beschriebene Fall ist deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil er vom Standpunkt der Unfallentschädigung gesehen, eine große Bedeutung hat. Das chronische peptische Ulcus braucht nicht immer Beschwerden zu verursachen, es kann latent bleiben oder Symptome bieten, die derartig geringfügig sind, daß sie von dem Patienten dann erst dem Arzt mitgeteilt werden, wenn er aus Gründen der Unfallentschädigung einen Zusammenhang von „Unfall" und „Magenriß" konstruieren will. So auch in unserem Falle! Dem Patienten, der die Ursache seiner Erkrankung einzig und allein durch das Autofahren hervorgerufen glaubte, wurde auseinandergesetzt, daß kein unfallentschädigungspflichtiges Leiden vorliege, daß allein ganz geringfügige Anspannungen der Bauchmuskulatur und vermehrter Bauchinnendruck wie beim Nießen, bei der Defäkation, bei der Aufnahme einer reichlichen Mahlzeit, genügten, die primär durch ein symptomloses Geschwür geschädigte Magenwand zum spontanen Durchbruch zu bringen. Der Unfallzusammenhang wurde wie in allen anderen Fällen von Geschwürsdurchbruch abschlägig beschieden. Wir stützten uns vor allem auf das Schrifttum, das ein zweifelfreies traumatisches Ulcus nicht kennt, (Schlatter, Gelpke, Fischer im Handbuch der Unfallheilkunde von König-Magnus). Anders verhält es sich mit dem akuten Ulcus, das sich nach einem größeren Trauma entwickeln kann, wobei es aber stets zu praestatischen Blutungen der Wandung gekommen ist. Meist haben diese Geschwüre aber die Tendenz, schnell und spurlos abzuheilen, wiederum aber auch stürmische Entwicklungserscheinungen, die wenige Stunden nach dem Trauma zur Perforation führen können.

Im 2. Fall wird das Auftreten eines Ulcus pepticum postoperativum mit Durchbruch in das Quercolon als Mißerfolg chirurgischer Behandlung mitgeteilt. Nach den anamnestischen Angaben wird die Perforation etwa 10 Jahre nach der Operation(hintere G. E.) erfolgt sein, die sich durch typische Symptome (Lienterie kurz nach der Mahlzeit, faekulentes Aufstoßen, progrediente Abmagerung, toxisch-anaemischer Zustand infolge Darmgiftresorption) kenntlich gemacht hat. Im Schrifttum wird die Häufigkeit der Colonfistel im Vergleich zum Ulcus pepticum postoperativum verschieden angegeben (Monroe 0,2 %, A. W. Meyer bei 11 Kranken 2 Fälle, Hohlbaum 3 unter 10 Fällen,

Behrend 4 mal nach G.E. posterior, Flörcken und Steden 9 unter 249 Fällen, Sokolow 14,8%)[13]). Kalk (v. Bergmann: Handbuch der Inneren Medizin) gibt die Häufigkeit dieser Komplikation nach den Angaben von Camp und Urrutia mit 20% aller Ulcera jejuni peptica an und hält deshalb eine Mitbeteiligung der bakteriellen Infektion in der Ulcusentstehung auf Grund der Beobachtungen von Spontanheilungen des Ulcus nach Durchbruch ins Colon für ausgeschlossen. Spontanheilungen von Magen-Colonfisteln sind verschiedentlich von Denk, v. Haberer, Jenckel u.a.[13]) beobachtet worden.

Einen ungewöhnlichen Fall von Magen-Colonfistel schildert Langemeyer[14]), welcher 40 Jahre nach Anlage einer vorderen G.E. eine Magen-Colon-Fistel beobachtete, die sich außerhalb der G.E.-Stelle etwa 7 cm kardiawärts in der Hinterwand des Magens befand.

Zweifelsohne ist das Ulcus pepticum postoperativum nach Anlegen einer G.E. häufiger beobachtet worden (Zuckschwerdt und Eck u.a.) und durch die radikalere Methode der Magenresektion mit Ausschaltung der auf das Jejunum pathologisch wirkenden salzsäurehaltigen Magensaftproduktionsstätten weitgehend eingedämmt worden. Die G.E.-Anlage bei Ulcus pepticum (Palliativ-Operation) ist daher an Bedeutung gegenüber der Resektionsmethode stark zurückgetreten.

Schließlich soll im letzten Krankenbericht und Verlauf ein Fall geschildert werden, der erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bis zu seiner Klärung geboten hat. Trotzdem stets der Verdacht anhand der klinischen Untersuchungsmethoden auf einen latent wachsenden Tumor bestand, konnte erst nach einem Verlauf von etwa 8 Monaten eine karzinomatöse Veränderung des Magens festgestellt werden, die sich bei der Laparotomie durch ihre penetrierenden Eigenschaften mit enormer Metastasierung schon als inoperabel erwies. Das Karzinom nahm seinen Ausgang von einem callösen Ulcus der kleinen Kurvatur des Magens, trotzdem anamnestisch wie röntgenologisch kein Anhalt für Geschwürsbildung vorhanden war. Die Röntgenuntersuchung hat in diesem Falle hinsichtlich Stellung der Frühdiagnose versagt. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, bei dem geringsten Anhalt auf Neoplasma und seine Lokalisation — wenn sonstige warnende Boten wie Umschlag in Salzsäuredefizit, starke Zunahme der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, beginnende Zeichen von Kachexie etc. — eine Probelaparotomie auch ohne eindeutigen röntgenologischen Befund durchzuführen.

[13]) zit. nach Zuckschwerdt u. Eck: Dt. Zeitschr. f. Chir. Bd. 236, S. 431.
[14]) Langemeyer: M.M. Wochenschr. 1938, S. 1207.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Gruber für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung sowie Herrn Chefarzt Dr. Hering, Oschersleben (Bode) für das bereitwillige Entgegenkommen bei der Einsichtnahme der Krankenblätter und der Röntgenbefunde meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Archiv für klinische Chirurgie 1934 bis 1938.
2. Baur-Fischer-Lenz: Menschliche Erblehre und Rassenhygiene 1936 Band I.
3. v. Bergmann, G.: Handbuch der Inneren Medizin III. Auflage 1938. Band III, 1 und 2.
4. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1934 bis 1938.
5. Dietrich, A.: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 1934 I. und II. Band.
6. v. Domarus, A.: Grundriß der Inneren Medizin. 1933 VII. Auflage.
7. Kappis, M.: Allgemeine und spezielle chirurgische Diagnostik. 1937 II. Auflage.
8. Kaufmann, E.: Lehrbuch der speziellen Pathologischen Anatomie. VII. u. VIII. Auflage 1922 Band I.
9. Landois-Rosemann: Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit Berücksichtigung der praktischen Medizin. 1935 XXI. Auflage.
10. Lucke, H.: Grundzüge der pathologischen Physiologie. Ausgabe 1934.
11. Münchener Medizinische Wochenschrift 1934 bis 1938.
12. Wullstein, L. und Küttner, H.: Lehrbuch der Chirurgie 1931 IX. Auflage Band I.

Lebenslauf.

Am 11. September 1907 wurde ich als Sohn des Gastwirts Otto Drees und seiner Ehefrau Helene geb. Linden in Wanne (jetzt Wanne-Eickel) geboren. Nach Besuch der Volksschule kam ich Ostern 1919 in die Sexta des dortigen Realgymnasiums und bestand an dieser Anstalt 1929 die Reifeprüfung. Anschließend studierte ich Medizin in Bonn, Greifswald, Heidelberg und Münster. Am letzten Hochschulort meldete ich mich im Herbst 1935 zur medizinischen Staatsprüfung, die ich am 1. Februar 1936 bestand. Nach der Medizinalpraktikantenzeit in Wanne-Eickel und Oschersleben (Bode) erhielt ich am 3. Februar 1937 die Bestallung als Arzt. Danach trat ich auf der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in Oschersleben (Chefarzt Dr. Friedrichs) eine planmäßige Assistenzarztstelle an, die ich z. Zt. als I. Assistent bekleide. Am 3. August 1937 heiratete ich in meiner Heimatstadt die Tochter Irmgard des Stadtbaumeisters August Ernst und seiner Ehefrau Anna geb. Groppel. Unser Junge — Jürgen-Herbert — wurde am 3. September 1938 geboren.